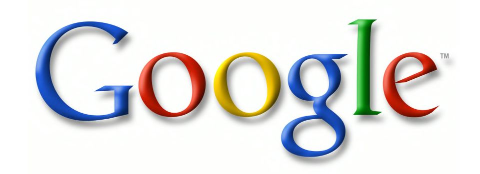
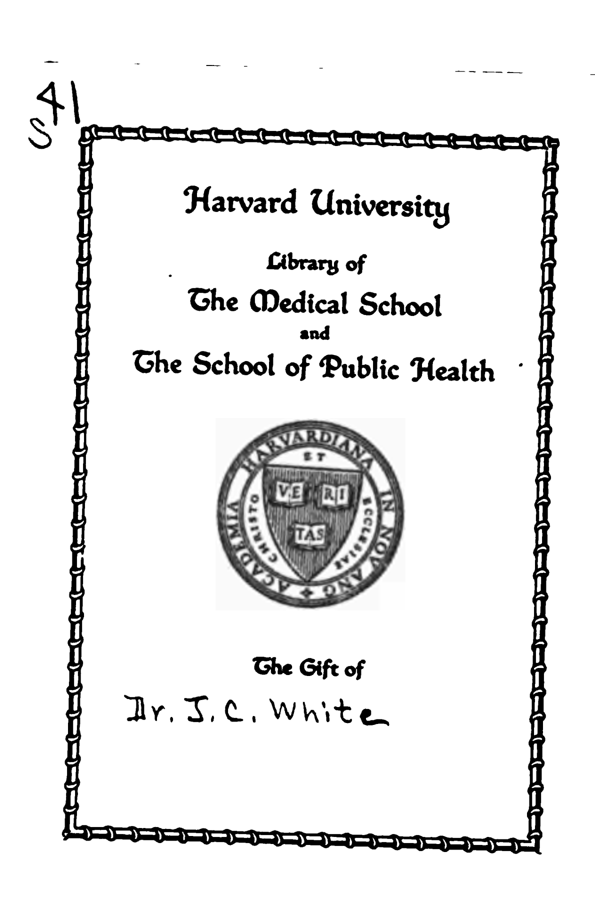






S41
Harvard University
Library of
The Medical School
and
The School of Public Health
VE RI TAS
The Gift of
Dr. J. C. White





Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Prof. BOECK, Prof. DUHRING, Prof. v. DÜRING, Dr. EHRMANN, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FABRY, Prof. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Prof. v. HEBRA, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JADASSOHN, Prof. JANOVSKY, Prof. JARISCH, Dr. JOSEPH, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. ŁUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Dr. du MESNIL, Prof. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, Prof. POSPELOW, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RIEHL, Dr. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Prof. STUKOWENKOW, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg; Prof. Doutrelepont, Bonn; Prof. Kaposi, Wien; Prof. Lesser, Berlin; Prof. Neisser, Breslau; Prof. Schwimmer, Budapest

herausgegeben von

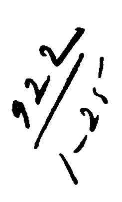
Prof. F. J. Pick in Prag.

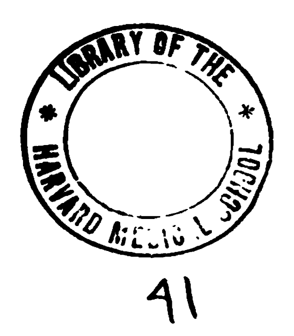
Achtunddreissigster Band.



Mit zwölf Tafeln.

Wien und Leipzig.
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1897.





K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase Prag

Inhalt.

Original-Abhandlungen.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Originalabhandlungen.

Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Beiträge zur Anatomie des Lichen ruber (planus, acuminatus und verrucosus).

Von

Dr. **Max Joseph.**[1]

(Hierzu Taf. I—III.)

Das klinische Krankheitsbild des Lichen ruber ist ein nach allen Richtungen wohl definirtes. Wenn auch im einzelnen noch mannigfache Differenzen bestehen, so herrscht doch im Grossen und Ganzen über das Symptomenbild und die Abgrenzung dieser Krankheit von anderen eine grosse Einigkeit. Nur einige wenige Punkte stehen noch zur Discussion. Im wesentlichen kann man wohl auf allgemeine Zustimmung rechnen, wenn man sagt, es gibt nur einen klinisch als Lichen ruber zu bezeichnenden Krankheitsprocess und dieser zerfällt je nach dem Vorherrschen der einen oder anderen Symptomengruppe in mehrere Unterabtheilungen, welche wir als Lichen ruber planus, acuminatus und verrucosus bezeichnen können.

Ich habe die Absicht in der vorliegenden Arbeit auch durch anatomische Untersuchungen zu zeigen, in welcher engen Zusammengehörigkeit nicht nur diese einzelnen Symptomenreihen, sondern auch die Pityriasis rubra pilaris zum Lichen ruber acuminatus stehen.

Bisher allerdings war über die Anatomie des Lichen ruber nichts weniger als eine Uebereinstimmung unter den einzelnen Forschern erzielt worden. Die von jedem Untersucher

---

[1]) Nach einem auf dem III. internat. Dermatologen-Congress zu London (1896) gehaltenen Vortrag.

erhobenen Befunde unterschieden sich so wesentlich von einander, dass man annehmen musste, hier wäre entweder gar nicht derselbe Krankheitsprocess jedesmal untersucht worden, oder es hätte sich um ganz verschiedene Stadien desselben Processes jedesmal gehandelt. Es würde zu weit führen, wollte ich historisch alle die einschlägigen Untersuchungen hier anführen, sie stehen zuweilen auch in einem so geringen Zusammenhange mit unseren klinischen Beobachtungen, dass es mir überflüssig erscheint, dieselben hier alle heranzuziehen.

Wegen der auf diesem Gebiete bestehenden Unklarheit habe ich mich schon seit einer ganzen Reihe von Jahren bemüht, einschlägiges Material zu sammeln und die verschiedensten Entwicklungsstadien des Lichen ruber zu berücksichtigen. Da aber naturgemäss es nicht leicht ist, alle die verschiedenen Stadien sehr bald immer zur anatomischen Untersuchung zu erhalten, so habe ich mit der Veröffentlichung meiner Untersuchungen, die sich bereits auf ungefähr 8 Jahre ausdehnen, bis jetzt warten müssen, um ein einigermassen vollständiges Bild erhalten zu können. Dabei will ich übrigens nicht versäumen zu bemerken, dass vor einigen Jahren Prof. Lassar auch so liebenswürdig war, mich durch einschlägiges anatomisches Material zu unterstützen, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank aberstatte.

Um zunächst mit dem Einfachsten zu beginnen, so finde ich bei meinen an 10 Fällen ausgeführten Untersuchungen von

Lichen ruber planus

in den frühesten Stadien, in welchen eben klinisch das Lichenknötchen deutlich sichtbar war, schon Andeutungen des später zur vollen Entwicklung gekommenen Processes in Form der Abhebung der Epidermis vom Corium. In allen Präparaten findet man eine zwar oft nur angedeutete aber jedesmal doch deutlich sichtbare Lücke. Dass dieselbe nicht künstlich hervorgerufen ist, geht vor allem schon daraus hervor, dass sie sich regelmässig in allen von den verschiedensten Patienten und von den mannigfachsten Körpergegenden herstammenden sowie in allen auf die verschiedenartigste Weise conservirten Präparaten (Jodalkohol, Flemming'sche Lösung, Salpetersäure, Liquor Mülleri) vorfanden.

Zudem ist gerade in den frühesten Stadien der Beginn deutlich sichtbar. Ein Theil des dem Papillarkörper nächstgelegenen Rete malpighii und vor Allem das Stratum cylindricum zerfällt, in der nun vorhandenen Lücke findet man noch einige Retezellen, welche theils isolirt, theils in Haufen zusammenliegen, theilweise sogar noch ihre zackigen Ausläufer besitzen. Zwischen diesen Residuen des zu beiden Seiten noch wohlerhaltenen Rete findet man ein glasiges, von feinen fibrinähnlichen Fäden durchzogenes Gerinnsel und dazwischen eine Anzahl Leukocyten. Der Uebergang dieser Lücke nach oben, nach dem Rete malpighii zu, ist ein ziemlich scharf abgesetzter. Man sieht hier deutlich die einzelnen Zellen wohlerhalten, oft mit einem scharfen, zackigen Ausläufer in die Höhle hineinragend. Nach den beiden Seiten und nach unten den Papillen zu ist dagegen der Uebergang von den Lücken in das Gewebe ein allmäliger. Hier sieht man, wie die einzelnen Retezellen durch das Exsudat auseinandergedrängt werden und dann langsam zu Grunde gehen. Oft ragt in diese Lücke eine scharf abgesetzte, in die Höhe strebende Papille hinein.

Török glaubt, dass infolge der von ihm beim Lichen ruber planus beschriebenen Veränderungen des Papillarkörpers und des Epithellagers die Cohäsion beider in Folge der Verschiebung der Grenzflächen gegeneinander leiden und sich daher die Epidermis oft schon in der Härtungsflüssigkeit oder beim Schneiden von dem Papillarkörper ablöst. Dies liefert, wie er glaubt, auch die Erklärung zu der oben beschriebenen, von Caspary schon erwähnten Epidermisabhebung.

Dass diese Lücken aber keine Kunstproducte oder durch die Conservirung hervorgerufen sind, geht am deutlichsten daraus hervor, dass man in diesen Zwischenräumen sowohl Leukocyten wie fibrinähnliche Fäden findet. Vergleicht man mit unserer genau nach der Natur aufgenommenen Zeichnung andere ähnliche Lücken, welche durch die Härtung entstanden sind, so fällt der Unterschied sofort in die Augen. So liegt mir z. B. eine Zeichnung aus der Arbeit Kromayer's über die Histogenese der Hautnävi, Metaplasie von Epithel zu Bindegewebe (Dermat. Zeitschr. Bd. III, Heft 3, Juni 1896) vor. Hier auf Tafel X, Fig. 3 findet man in dem durch die Här-

tung entstandenen Zwischenraume zwischen einem Epithelnest und den es umsäumenden platt gedrückten Epithelien naturgemäss weiter nichts als einen Hohlraum, aber darin keine Spur von Gewebsbestandtheilen, keine Zellen oder Fasern. Dagegen zeigt in unseren Präparaten schon die Anwesenheit von Leukocyten und fibrinähnlichen Fasern an, dass es sich hier um Räume handelt, welche erst secundär als Folgezustände vorausgegangener entzündlicher Processe zu betrachten sind. Das Ganze macht den Eindruck einer „Stauungsblase", wie mir Touton nach Durchsicht meiner Präparate auf dem III. internationalen dermatologischen Congresse zu London (1896) mittheilte.

Im Uebrigen nimmt das einzelne Lichenknötchen gewöhnlich den Raum mehrerer Papillen ein. Von diesen selbst kann man schon von Beginn an erkennen, dass jede Papille ausserordentlich verbreitert ist und eine Menge von Rundzellen (meistens mononucleäre Leukocyten) enthält. Diese Infiltration scheint von den Gefässen auszugehen; denn es ist auffällig, dass in jenen Knötchen, welche selbst noch keine erhebliche Infiltration im Papillarkörper zeigen, schon bedeutende Gefässveränderungen und zwar hauptsächlich in der Tiefe des Coriums, in Uebereinstimmung mit Török und Łukasiewicz, zu erkennen sind. Hier findet man ganz besonders viel mehr als in den oberen Schichten sämmtliche nicht nur kleinen, sondern auch grösseren und grössten Gefässe erheblich verdickt und von einem starken Leukocytenwall umgeben. Nicht nur auf dem Längsschnitt heben sich diese Gefässe als pralle dicke Stränge ab, sondern auch auf dem Querschnitte sieht man meistentheils, dass die Intima verdickt ist und einige Leukocyten eingewandert sind, während in der Umgebung des Gefässes sich schon eine grössere Menge befindet. Daher findet man auch im Beginne der Knötchenbildung zunächst nur um die Gefässe eine Infiltration. Später breitet sie sich von hier aus weiter über das Gewebe aus, und oft zeigen sich selbst im Beginne in den untersten Retelagen einige wenige Leukocyten. Kerntheilungsfiguren sind nicht sichtbar, und über den einzelnen Knötchen ist eine in mässigen Grenzen sich haltende Epidermisauflagerung deutlich erkennbar.

Je weiter nun die Knotenbildung vorschreitet, d. h. je mehr Knötchen sich in einem circumscripten Complex zeigen, desto mehr breiten sich alle die beschriebenen Erscheinungen aus. Die Abhebung des ganzen Epidermidalstratums nimmt oftmals grosse Dimensionen an und erstreckt sich meist über eine ganze Reihe von Papillen. Auf diese Weise entstehen dann jene grossen Abhebungen, wie ich sie in meinem Lehrbuche der Hautkrankheiten (2. Auflage, Leipzig 1895) auf Fig. 11, Seite 80 abgebildet habe. Die Infiltration im Papillarkörper und in den tiefen Schichten des Corium nimmt grosse Dimensionen an, so dass man oft ein ausserordentlich derbe infiltrirtes Gewebe vor sich hat. Theilweise ziehen noch wohl erhaltene Retezapfen ziemlich tief nach unten, während sie an anderen Stellen in dem Exsudate schon zahlreich zu Grunde gegangen sind. Nach unten zu schneidet das Infiltrat ziemlich scharf ab und macht hier etwa in der Mitte des unteren Drittels des Corium Halt. In einzelnen Papillen zeigt das Infiltrat eine reihenförmige Anordnung, indem sich von oben nach unten in fast parallelen Zügen die einzelnen Leukocyten aneinander lagern. Die einzelnen Leukocytenreihen sind durch feinste Capillaren und dünne Bindegewebszüge scharf von einander getrennt. Ich mache auf diese beim Lichen ruber planus nur angedeutete reihenförmige Anordnung der Leukocyten deshalb hier schon besonders aufmerksam, weil wir sie noch später beim Lichen ruber verrucosus in viel grösserer Ausdehnung kennen lernen werden. Talgdrüsen und Haarbälge zeigen keine Abnormitäten. Dagegen findet sich an den Schweissdrüsen jene cystenartige Erweiterung schon angedeutet, wenn auch nicht hochgradig ausgebildet, welche wir später noch beim Lichen ruber verrucosus (Taf. III Fig. 3 *a*) kennen lernen werden und welche Unna (Die Histopathologie der Hautkrankheiten, Berlin 1894, p. 314) bei der obtusen Papel beschrieben hat. Nur scheint mir Unna darin Unrecht zu haben, wenn er diese cystische Entartung als eine Folge der in der Hornschicht stattfindenden Verstopfung des Schweissporus auffasst. Eine solche habe ich nirgends in meinen zahlreichen Präparaten von Lichen ruber planus gefunden. Ebenso wenig konnte ich aber entzündliche Veränderungen der Schweissdrüsen wahr-

[illegible] wegen [illegible] der [illegible] Kanzel [illegible] annimmt.

[illegible] Befunde beim [illegible] Kaspary.[1] [illegible] die erste [illegible] Zellen [illegible] Gefässen [illegible] ganzen [illegible] durch Zerfall und [illegible] weissen [illegible] Präparaten war [illegible] Fällen [illegible] Gerinnsel [illegible] Später [illegible] Kaspary [illegible] Linse konnte ich in allen meinen Präparaten wiederfinden. Nur [illegible] Kaspary [illegible] Ich habe diese Linse [illegible] Pigmentkörper [illegible] Linsen [illegible] dieser Arbeit beigegebenen Tafel II, Fig. 2 ist ersichtlich, dass auch hier die Linse [illegible] während das Infiltrat im Pigmentkörper nur [illegible] und noch lange nicht die [illegible] welche wir bei älteren [illegible]

Ich [illegible] mir nach meinen Befunden den Vorgang so [illegible] dass zunächst eine Erkrankung der Gefässe und eine [illegible] Infiltration in der Tiefe des Corium sich einstellt. [illegible] werden Ernährungsstörungen in dem Rete hervorgerufen, es erfolgt eine Exsudation, welche zum Zerfalle des

[1] [illegible] f. Dermat. u. Syph. 1888, p. [illegible]

[2] Kaspary sagt zwar in seiner Arbeit, dass diese Befunde [illegible] Ich habe [illegible] meinen [illegible] Lentiformstellen [illegible]

Rete und zur Abhebung desselben vom Corium führt. Erst dann tritt nach den sich aus meinen Präparaten ergebenden Befunden die Infiltration im Papillarkörper auf. Sonach stehen meine Beobachtungen in vollem Einklange mit den von Köbner, Weyl und vielen Anderen erhobenen Befunden.

Wodurch kommt aber die Exsudation und die darauf folgende Abhebung zu Stande? Man kann sich nicht damit begnügen, hier im Allgemeinen zu sagen, dass primär eine Entzündung im Corium vorliege, dass es secundär zu einer Durchtränkung des Rete und zur Abhebung desselben vom Corium komme. Denn bei anderen entzündlichen Processen, die sich klinisch sogar viel stärker als der Lichen unter dem Zeichen der Entzündung präsentiren, z. B. der Psoriasis, finden wir anatomisch zwar die Zeichen der Entzündung im Corium, Gefässerkrankung und Leukocyten-Infiltration, aber es fehlt diese für den Lichen meiner Ansicht nach gerade typische Abhebung. Darnach scheint mir der Schluss nicht von der Hand zu weisen, dass es sich beim Lichen eben um eine besondere Art von Entzündung handle, über deren Eigenart ich allerdings nichts bestimmtes aussagen kann und deren genauere Erkennung erst weiteren Forschungen vorbehalten bleiben muss. Mir ist nur ein ähnlicher anatomischer Process bekannt, der bei einer klinisch ganz anders gearteten Erkrankung auftritt, das ist die Kraurosis vulvae. Hier fand W. Peter (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. Bd. III) vor kurzem ebenfalls die Epidermis vom Corium auf weite Strecken durch ein Exsudat abgehoben, das Leukocyten, Fibringerinnsel, Pigmentschollen und amorphe Massen enthielt. Nach Einsicht in die mir freundlichst von Peter zur Verfügung gestellten Präparate muss ich in der That sagen, dass diese Lückenbildung bei beiden klinisch so differenten Processen das gleiche anatomische Aussehen darbietet. Aber es bestehen doch histologisch grosse Unterschiede in dem zu Grunde liegenden pathologischen Processe. Denn während bei der Kraurosis vulvae nach Peter's Untersuchungen sich eine chronisch entzündliche Hyperplasie des Bindegewebes mit Neigung zu narbiger Schrumpfung entwickelt, ist hiervon beim Lichen ruber gar keine Rede. Besonders auffällig ist aber das Verhalten der elastischen Fasern.

Dieselben erscheinen nach **Peter** bei der Kraurosis bis zur Höhe der kleinzellig infiltrirten Cutisschicht in normaler Stärke, in dem darüber liegenden ödematös durchtränkten Bindegewebe sind sie aber vollkommen zu Grunde gegangen. Nach meinen Untersuchungen ist aber beim Lichen ruber auch im Infiltrationsgebiete das elastische Fasernetz (mit der Orceinmethode gefärbt) vollkommen normal. Wir sehen mithin, dass zwei vollkommen verschiedene pathologische Grundprocesse zu einem gleichen histologischen Symptom, wenn ich mich so ausdrücken darf, der Abhebung des Epidermidalstratums vom Corium führen.

Mag aber die Deutung sein, wie sie wolle, es fragt sich, in welche klinische Abhängigkeit können wir diese Abhebung mit den beim Lichen ruber planus von uns bei den Kranken zu beobachtenden Erscheinungen bringen. Mir scheint, dass dieser Exsudationsprocess für gewöhnlich keine grossen Dimensionen annimmt, so dass er uns klinisch nicht zur Beobachtung kommt. Erst bei der Rückbildung sinkt das abgehobene Rete in die Lücke ein, und es stellt sich nun das ein, was wir bei jedem Lichenknötchen aber gewöhnlich erst nach einiger Dauer des Bestehens sehen, die **Dellenbildung**. Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich diese mit der Exsudation in Zusammenhang bringe.

Durch diesen anatomischen Befund werden die von **J. Neumann** zuerst beschriebenen punktförmigen bläschenartigen Efflorescenzen beim Lichen ruber planus, wofür **Unna** später die Bezeichnung des Lichen miliaris vorgeschlagen hat, wie mir scheint am besten erklärt.

Mitunter aber nimmt die Exsudation grössere Dimensionen an, und dann wird der Lichen ruber planus durch Blasenbildung über den Knötchen complicirt. Dies kommt zwar selten vor, wir kennen aber jetzt bereits eine ganze Reihe einwandsfreier Beobachtungen hiervon (**Unna**, **H. Hebra**, **Hallopeau**, **Lavergne**, **Róna**, **Kaposi**,[1] **Magnus Möller**,[2] **Leredde**.[3])

[1] Citirt bei Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten. 4. Auflage. 1893 p. 462 und Idem Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892 p. 340.

[2] Nord. med. Ark. 1892. 18. Ref. in Mon. f. prakt. Dermat. XVII. 1893 p. 156.

[3] Annal. de Dermat. et de Syph. 1895 p. 637.

Man hat diese Form als Lichen ruber pemphigoides bezeichnet. Die Erklärung dieses Vorkommnisses scheint mir in Zusammenhang mit den beschriebenen Abhebungen des Epidermidalstratums auf keine Schwierigkeiten zu stossen. Man wird diese Blasenbildungen darnach sowohl bei frisch auftauchenden als bei den in der Involution begriffenen Knötchen finden können, und in der That existiren in der Literatur für das Auftreten der Blasen in beiden Stadien Beispiele. Kaposi spricht sich dahin aus, dass diese Blaseneruptionen nicht zufällige Complicationen, sondern als besondere Erscheinungsweise des Lichenprocesses aufzufassen sind. Ihre ungezwungene Erklärung finden sie durch die von Caspary, Robinson und mir constatirte meist nur geringe, zuweilen aber recht erhebliche Ablösung des Epidermidalstratums vom Corium durch einen mehr oder minder stark entwickelten Exsudationsprocess.

Zur Untersuchung des

Lichen ruber acuminatus

war mir Gelegenheit gegeben durch Beobachtung einer 34jährigen Dame aus meiner privaten Praxis, welche dieses Krankheitsbild in vollendeter Weise zeigte. Die Pat. litt bereits seit 2 Monaten an ihrer Erkrankung, sie zeigte wissenschaftliches Interesse genug, um mir die Exstirpation einiger mir besonders nothwendig erscheinender Knötchen zu gestatten. lehnte aber aus begreiflichen Gründen jede Vorstellung in einer wissenschaftlichen Gesellschaft ab. So bin ich leider um den Vorzug gebracht worden, sie den Collegen demonstriren zu können und muss mich hier nur darauf beschränken, über die anatomischen Eigenheiten dieses Falles einiges zu berichten.

Die sonst stets gesunde Dame, welche Mutter zweier kräftiger Kinder ist, weiss von früheren Erkrankungen nichts zu berichten. Seit einigen Monaten hatte sie ein hin und wieder auftretendes Jucken bemerkt, legte diesem aber nicht viel Werth bei, bis sich doch die Erscheinungen verstärkten und ärztliche Hilfe aufgesucht wurde. Als ich zunächst einmal nur die Hand der Patientin zu sehen bekam, war ich nicht wenig erstaunt, hier an den dorsalen Flächen sämmtlicher Grundphalangen jene Knötchen zu finden, welche mir aus dem Stu-

dium und den Abbildungen der bekannten Besnier'schen Arbeit [1]), sowie aus den Krankenvorstellungen Galewski's [2]) und Neisser's [3]) wohl bekannt waren. An einem grossen Theile der Lanugohaare fanden sich hier konische, stark über die Oberfläche hervorragende Knötchen, welche mit einem perlmutterartig glänzenden Schüppchen versehen waren und meist in ihrer Mitte eine kleine Delle trugen. An jedem Finger befanden sich etwa 8 bis 10 solcher unregelmässig vertheilter Knötchen. Sie verursachten der Patientin fast gar keine Beschwerden und fielen ihr im wesentlichen nur wegen der Entstellung unangenehm auf.

Des weiteren machte mich die Patientin auf ein unangenehm trockenes und beim Genusse vieler Speisen recht brennendes Gefühl in ihrem Munde aufmerksam. In der Mundhöhle fand ich jene mir aus häufigen Beobachtungen von Patienten mit typischem Lichen ruber planus so wohl bekannten kleinen glänzend weissen Papeln. Dieselben sassen in der Zahl von 6 bis 8 auf beiden Seiten der Wangenschleimhaut ungefähr in der Gegend der letzten Molarzähne.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergab ein weit verbreitetes Exanthem, dessen Erkennung zuerst durch die grosse Ausbreitung und Verschiedenheit der einzelnen Efflorescenzen Schwierigkeiten machte. Je länger ich aber die Patientin beobachtete, desto deutlicher stellte sich das Bild als ein weit verbreiteter Lichen ruber planus heraus, welcher abwechselnd von einer grossen Reihe von Acuminatus-Knötchen durchbrochen war. Die Planus-Knötchen zeigten sich in bunter Mannigfaltigkeit über den Rumpf und die Oberschenkel verbreitet, hier standen sie zu Hunderten, meist isolirt, doch an vielen Stellen auch in Form von Plaques. Ganz besonders trat das letztere Verhalten an einer auf dem linken Oberarm befindlichen grossen Teleangiektasie hervor, wo sich die mit kleinen glänzend weissen Schüppchen versehenen Plaques und isolirten Papeln scharf von der umgebenden Röthung abhoben.

---

[1]) Annal. de Dermat. et de Syphil. 1889.

[2]) Verhandl. der deutschen dermat. Ges. III. Congr. 1892 p. 222 u. IV. Congr. 1894 p. 493.

[3]) Verhandl. der deutschen dermatol. Ges. IV. Congr. 1894 p. 485.

Neben diesen Planusefflorescenzen befanden sich aber an einzelnen Körpergegenden, wie zwischen den Mammae, um den Nabel herum, am Rücken fast strichförmig dem Cervicalmarke entsprechend und auch an der inneren Seite der Oberschenkel, ebenso an der Beugeseite der Unterarme eine grosse Reihe von kegelförmig über die Haut erhabenen, etwas gerötheten, später folliculären Knötchen, welche sich beim Herüberfahren mit der Hand anfühlten, als ob man über kleine spitze Stacheln oder über ein Reibeisen glitte. An sonstigen Körpertheilen (Vola manus, behaarte Kopfhaut) war nichts auffälliges, vor allem keine universelle Abschuppung, zu constatiren.

So weit glaube ich das Krankheitsbild genügend charakterisirt zu haben, um keinen Zweifel an der Diagnose aufkommen zu lassen. Ich will nur über den weiteren Verlauf hinzufügen, dass die Patientin fast gar keine erheblichen Beschwerden hatte, nur hin und wieder stellte sich Jucken, dann aber auch nicht einmal sehr lebhaft ein. Belästigt wurde sie hauptsächlich durch das unangenehme Aussehen. Nachdem mir die Patientin in liebenswürdiger Weise einige Knötchen verschiedener Entwicklungsstadien zur Exstirpation gestattet hatte, gab ich innerlich Arsen (Sol. Acid. arsenicosi 0,25 : 50,0, dreimal täglich 7 Tropfen bis auf 60 Tropfen pro die steigend) und liess die Efflorescenzen nur mit Borvaseline einfetten. Nach Verbrauch von ungefähr 0,5 arseniger Säure war in ungefähr 3 Monaten der Process abgeheilt. Allerdings bemerkte man noch vor 2 Jahren, als ich die Patientin zum letzten Male sah, eine grosse Zahl an Stelle der früheren Efflorescenzen bestehender sepiabrauner Pigmentirungen. Dieselben waren weit über den ganzen Rumpf vertheilt und nahmen ungefähr die Stelle der früheren Efflorescenzen ein. Auch die Exstirpation eines solchen Pigmentfleckes gestattete mir die Patientin, so dass ich hiernach in der glücklichen Lage war, alle Stadien des Acuminatus-Knötchens an dieser Patientin mikroskopisch untersuchen zu können.

Wenn ich aber mit der Mittheilung der hierbei erhobenen Befunde bisher gezögert habe — die klinische Beobachtung liegt schon einige Jahre zurück — so war der Grund der, dass ich mich in diesen beim Lichen ruber acuminatus erhobenen

Befunden nicht zurechtfinden konnte. Erst nachdem ich jetzt vor 1 bis 1½ Jahren mehrere Male Gelegenheit hatte, den Lichen ruber verrucosus anatomisch zu untersuchen, ging mir auch ein Verständniss für die Eigenart der Acuminatus-Form auf, und deshalb zögere ich jetzt nicht meine Befunde mitzutheilen.

An einem eben im Entstehen begriffenen Acuminatus-Knötchen fällt die grosse Aehnlichkeit der Erkrankung des Corium mit den beim Lichen ruber planus gefundenen Veränderungen auf. Denn auch hier findet eine perivasculäre Infiltration statt, welche später bei noch nicht grosser Ausdehnung des Infiltrates sogar eine deutliche reihenförmige Anordnung der Leukocyten erkennen lässt. Dieselben sind in parallel zu einander stehenden Reihen durch feine Capillaren von einander getrennt. Was aber besonders bei diesen frischen Acuminatus-Knötchen gegenüber den Planusefflorescenzen auffällt, das ist die wie ein warzenförmiger Aufsatz sich deutlich abhebende Hypertrophie der Hornschicht und theilweise auch des Rete. Diese Wucherung der Hornschicht (Taf. I, Fig. 1*h*) hebt sich so deutlich von der Umgebung und allen mir bisher bekannten sonstigen anatomischen Bildern bei Hauterkrankungen ab, dass ich nicht anstehe, sie unter dem Mikroskope jedesmal sofort als etwas Typisches herauszuerkennen. Im weiteren Verlaufe nimmt diese Hypertrophie der Hornschicht immer mehr zu, während das Rete an einzelnen Stellen etwas platt gedrückt wird. Ein Stratum lucidum ist überall vorhanden, nur an den Stellen, wo man eine Hyperkeratinisation findet, ist es in geringem Masse verbreitert. Eine Abhebung des Epidermidalstratums vom Corium findet man zwar nicht bei allen Knötchen, aber doch bei einzelnen im Beginn des Kranheitsprocesses. Diese Lückenbildung unterscheidet sich in nichts von der schon beim Lichen ruber planus beschriebenen und auch beim Lichen ruber verrucosus zu erwähnenden, sie ist aber viel weniger stark ausgeprägt als bei diesen beiden Formen. Das Stratum cylindricum fehlt, statt dessen hat sich eine Lücke gebildet, in welcher einige Leukocyten und fibrinähnliche Fäden zu finden sind. Man sieht noch deutlich, dass bei dem ganzen Vorgange ein Theil der Retezellen zerstört ist, von denen einige noch

zackenförmig in die Abhebung hineinragen. Allerdings zeigt diese Abhebung niemals grosse Dimensionen und hält auch nur kurze Zeit an, sie ist im Gegensatz zum Lichen ruber planus mehr abortiv und steht in der Mitte zwischen dem Planus-Knötchen und den Efflorescenzen beim Lichen ruber verrucosus. Haben die Acuminatus-Knötchen auch nur kurze Zeit gedauert, so findet man keine Andeutung mehr dieser Lückenbildung.

Beim weiteren Fortschreiten des Processes fällt derselbe Vorgang auf, den wir noch später beim Lichen ruber verrucosus kennen lernen werden, dass nämlich die Affection der Epidermis eine spontane Rückbildung eingeht, während die im Corium vorhandenen Erscheinungen eine fortschreitende Entwicklung zeigen. Genau so wie dort, ist hier zunächst auffällig, dass die vorher erheblich hypertrophische Epidermis ganz bedeutend reducirt ist. Dafür fällt eine starke Pigmentirung auf, welche ihren Sitz hauptsächlich im Stratum cylindricum hat. Es ist diese Thatsache ganz besonders hervorzuheben, weil sie weder beim Lichen ruber planus noch verrucosus in dieser auffälligen Stärke von mir angetroffen worden ist. Das Pigment zeigt sich hauptsächlich oder ausschliesslich in Form fein vertheilter Körnchen intra- und nicht intercellulär. Das Corium ist davon vollkommen frei, während ausser dem Stratum cylindricum auch die tieferen Zellenlagen des Rete malpighii davon afficirt sind.

Der spätere Verlauf der Acuminatus-Knötchen ist gerade nach der Richtung interessant, weil sich hier gewisse Analogien mit den noch später zu besprechenden Vorgängen beim Lichen ruber verrucosus finden. Während das frische Acuminatus-Knötchen in der oben geschilderten Weise im Corium eine diffuse Zellinfiltration zeigt, fällt in dem entwickelten Knötchen auf, dass sich der Process localisirt zeigt und zwar nur um die Haarbälge herum. Hier allerdings ist das Infiltrat oft recht bedeutend. Hier sieht man wiederum, wie wir es schon oben beim beginnenden Lichen planus beschrieben haben, perivasculäre Infiltrationen, von welchen hauptsächlich die in der Nähe des Haarbalges gelegenen Gefässe betroffen werden, welche aber auch noch weit ab von dieser Localisationsstelle sowohl in den oberflächlichen als in den tiefen Lagen des Corium zu

finden sind. Das Infiltrat ist ein ziemlich einförmiges, aus mononucleären Leukocyten bestehend. Hin und wieder zeigen sich einige Mastzellen. Dieses Infiltrat zeigt nun eine merkwürdige Anordnung, welche ich immer und immer wiederum in allen meinen Präparaten gefunden habe. Es lässt sich nämlich zunächst zwischen innerer und äusserer Wurzelscheide nieder. Dadurch werden diese beiden von einander abgelöst. Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich diese Ablösung vergleiche und für gleichwerthig erachte mit der oben beim Lichen ruber planus beschriebenen Ablösung des ganzen Epidermisstratums vom Corium.

Das zunächst zwischen äusserer und innerer Wurzelscheide gelegene Infiltrat, welches oft einen sehr starren Eindruck macht, reichlich aus Granulationszellen und neugebildeten Blutgefässen besteht, zeigt allerdings später die Neigung aus seinen engen Grenzen sich herauszubegeben und weiter auszudehnen, so dass es oft über die äussere Wurzelscheide hinaus weit in das Corium hineinreicht, den ganzen Haarbalg fest zu umklammern, ja zu erdrücken scheint. Daher wird es uns nicht wundern, dass die Haare an den verschiedensten Körperstellen (Unterarm, Unterschenkel, Rücken, Brust, Bauch) verkümmern und einen lanugoartigen Eindruck machen. Bemerkenswerth aber ist ganz besonders eine Erscheinung, welche ich bei den anderen beiden Formen des Lichen nicht gefunden habe, nämlich das Vorkommen von Riesenzellen inmitten der Infiltrate. Ich habe, da Lukasiewicz[1] in seinen histologischen Befunden meine dahin gehenden, bereits in meinem Lehrbuche der Hautkrankheiten (I. Aufl., Leipzig 1892, S. 78) niedergelegte Beobachtung hierüber nicht bestätigen konnte, noch einmal meine Präparate daraufhin untersucht und sie in der Sitzung der Berliner Dermatologischen Vereinigung am 7. Juli 1896 demonstrirt. Ich finde wiederum in diesen Infiltraten nicht an allen Stellen, aber doch an vielen das Vorkommen von Riesenzellen. Eine einzelne derartige Zelle habe ich in meinem Lehrbuche in Fig. 12 abgebildet. Mitunter finde ich aber in einem Infiltrate auch bis zu drei Riesenzellen.

---

[1] A. [illegible] S. 18[illegible]

Diese selbst sind nach jeder Richtung als Riesenzellen anzusprechen und heben sich durch ihre scharfen Contouren, durch die zahlreichen an der Peripherie der Zelle gelagerten, stark tingirten Kerne und ihren feinkörnigen, schwach gefärbten Zellinhalt deutlich von der Umgebung ab. Ich lege allerdings diesem Befunde gar keine erhebliche Wichtigkeit bei, möchte aber nur auf die Thatsache aufmerksam gemacht haben, damit man vielleicht bei späteren Untersuchungen wieder darauf achte.

Aehnlich, wie ich es schon beim Lichen ruber planus erwähnt und beim Lichen verrucosus noch besprechen werde, finden sich auch beim Lichen acuminatus zahlreiche Schweissdrüsencysten. Ihre Constatirung scheint mir aber deshalb wichtig, weil auch Jacquet-Besnier bei der Pityriasis rubra pilaris diese cystenförmigen Erweiterungen beschreiben. Die Musculi arrectores pilorum sind in Uebereinstimmung mit den von Łukasiewicz (l. c.) erhobenen Befunden erheblich verdickt.

Schliesslich aber finden wir beim Lichen ruber acuminatus noch eine Erscheinung, welche mir ein besonderes Interesse zu verdienen scheint, nämlich zapfenartige Wucherungen des Stratum corneum nach dem Corium zu. Dieselben ragen theilweise über die Oberfläche hervor, liegen stets im Follikeltrichter der Lanugohärchen und sind von den feinsten Anfängen bis zu den stärksten Bildungen deutlich zu verfolgen. Im Beginne sieht man nur eine kleine Epithelwucherung, welche im Gegensatze zu dem Beginne des Acuminatus-Knötchens nicht nach aussen über die Oberfläche, sondern nach der Tiefe zu wuchert und dadurch das Rete auseinanderdrängt. Später nimmt diese Wucherung so zu, dass man zwar eine kleine Hervorragung über die Oberfläche wahrnimmt, hauptsächlich aber über die Tiefe der Zapfenbildung erstaunt ist, welche sich wie ein Keil tief bis zur Mitte des Corium heruntersenkt und ringsum von dem oben geschilderten Infiltrat umgeben ist. In den ausgeprägten Stadien sieht man jenes Bild, welches auf Taf. I, Fig. 2 wiedergegeben ist und für welches genau dieselbe Beschreibung passt, die Lewin[1]) treffend in seiner Beobachtung über Pity-

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1895. 37.

riasis rubra pilaris gab: „Die Follikeltrichter der Wollhaare, die bei diesen Kranken allein betheiligt erscheinen, sind bedeutend erweitert, und die dadurch entstandene Höhle mit Hornmasse ausgefüllt." Ich will übrigens gleich betonen, dass man die gleichen Hornzapfen auch beim Lichen ruber verrucosus findet, wie aus Taf. I. Fig. 4 hervorgeht.

Ich lege gerade auf diese Hornzapfenbildung ein grosses Gewicht, weil sie als ein integrirender Bestandtheil der Pityriasis rubra pilaris beschrieben wurde und man unter anderem aus ihren ausschliesslich bei dieser Affection vorkommenden anatomischen Eigenthümlichkeiten Grund genug herleitete, um auch klinisch den Lichen ruber acuminatus von der Pityriasis rubra pilaris zu trennen. Dieser Grund fällt jetzt, wie wir sehen, fort; denn wir haben dieselbe anatomische Besonderheit, wie bei der Pityriasis rubra pilaris, auch beim Lichen ruber acuminatus nachgewiesen.

Allerdings findet sich bei der Pityriasis rubra pilaris kein entzündliches Infiltrat an den Knötchen, während dieses beim Lichen ruber acuminatus einen integrirenden Bestandtheil des Krankheitsprocesses bildet. In unserem Falle waren aber neben der Hyperkeratose in den Follikeln (i. e. Pityriasis rubra pilaris) auch die histologischen Veränderungen des Lichen ruber acuminatus vertreten. Das darf uns indess nicht Wunder nehmen, da wir auf diesem Gebiete gewiss durch genauere mikroskopische Untersuchung weiterer hierhin gehöriger Fälle noch viele bis dahin aufgestellte Differenzen werden fallen lassen müssen, eine Anschauung, welche auch bereits Neisser (Verhdlg. der Deutsch. Dermat. Ges. 3. Congr. S. 233) ausgesprochen hat.

Aber auch klinisch zeigte unsere Patientin eine grosse Aehnlichkeit mit dem bei der Pityriasis rubra pilaris beschriebenen Symptomenbilde. Einmal war bei unserer Patientin neben den zahlreichen Planus-Knötchen auffallend die Vertheilung der Acuminatus-Knötchen an den Härchen auf den Dorsalseiten der Finger. Auf diese Localisation wurde gerade bei der Diagnose der Pityriasis rubra pilaris immer Gewicht gelegt. Zweitens war aber der klinische Verlauf unseres Falles ein so milder, dass man hier das von Hebra gezeichnete Krankheitsbild des Lichen ruber acuminatus kaum wieder erkennen konnte. Nun

hat man aber gerade wesentlich aus diesem klinisch so verschiedenartigen Verlaufe immer dafür plaidirt, den eigentlichen Lichen ruber acuminatus (Hebra-Kaposi) von der Pityriasis rubra pilaris (Devergie) abzugrenzen. Denn man sagte, bei dem Lichen ruber acuminatus solle nach Hebra eine starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens bestehen, die Pityriasis rubra pilaris heile aber sogar ohne jede Behandlung ab, sei mithin ein unschuldiges Leiden.

Mir scheint aber, dass der Weg zur Verständigung hier leicht gegeben ist. Die von Hebra gezeichneten Krankheitsbilder können doch nicht den Anspruch darauf machen, dass sie ein für alle Male zu recht bestehen bleiben müssen. Die von Hebra nach seinen Erfahrungen aufgestellten Dermatosen brauchen nicht unabänderlich zu sein, sondern es liegt im Wesen jedes wissenschaftlichen Fortschrittes, dass man selbst an bisher allgemein fest gehaltenen Thatsachen rütteln muss, sobald neue Erfahrungen vorliegen, welche zur Erweiterung unserer Kenntnisse führen können. Sowie es uns mit der Prurigo geht, die heutzutage nicht mehr ganz und voll in das Hebra'sche Schema hineinpasst, so geht es uns mit dem Lichen ruber acuminatus d. h. das Krankheitsbild ist nicht mehr vollständig genug. Der von Hebra gezeichnete schwere Verlauf des Lichen ruber acuminatus scheint nur in Ausnahmefällen einzutreten, meistens aber nimmt der Acuminatus denselben milden Verlauf, wie wir ihn heutzutage auch vom Lichen ruber planus kennen. Diese kleine Variation, dass ein Krankheitsbild jetzt milder verläuft als in früheren von dem ersten Beobachter constatirten Zeiten, finden wir doch nicht selten in der Medicin. Weshalb aber sträubt man sich gerade beim Lichen ruber acuminatus so sehr dagegen? Ich glaube, wir können sagen, zwischen dem Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris besteht zwar ein gradueller Unterschied, aber im wesentlichen sind es sowohl klinisch wie anatomisch dieselben Krankheitsprocesse. Dass der Lichen ruber acuminatus milde verläuft und im wesentlichen sogar vielleicht ebenso wie die Pityriasis rubra pilaris spontan abheilt, erkennen wir nicht nur aus der vorliegenden, von mir oben gegebenen Krankengeschichte, sondern es liegen dafür auch schon eine Reihe anderer Beobachtungen vor.

Ich verweise im wesentlichen ganz besonders auf die von Łukasiewicz (l. c.) gegebene ausführliche sehr interessante Mittheilung.

Sonach lassen sich alle klinischen und anatomischen Unterschiede, welche man zwischen dem Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris hat aufbauen wollen, beseitigen, und ich glaube, wir können daran festhalten, dass beide Processe identisch sind.

Wie schon oben erwähnt, gestattete mir die Patientin auch die Exstirpation eines sepiabraunen Fleckes, welcher als Residuum eines früheren Acuminatus-Knötchens noch deutlich sichtbar war. Hier fand ich nun die Pigmentation ausserordentlich stark ausgeprägt. Diese Pigmentirung ist so stark, dass sie im ungefärbten Präparate sich ähnlich stark abhebt, wie wir es bei der normalen Negerhaut finden. Beim Lichen ruber planus dagegen war in meinen Präparaten diese Pigmentirung nur andeutungsweise vorhanden, jedenfalls nicht entfernt in dem hohen Grade wie bei der Acuminatus-Form. Doch will ich nicht versäumen, darauf hinzuweisen, dass in anderen vielleicht länger bestandenen Fällen von Lichen ruber planus auch solche starke Pigmentirung, z. B. von Török gefunden worden ist. Im Uebrigen fand sich als Endausgang des Processes bei dieser Acuminatus-Form der Papillarkörper vollkommen frei und nur im subpapillären Corium sah man noch unregelmässige diffus angeordnete Infiltrationsherde, welche stellenweise eine Umwandlung in spindelzellenhaltiges Bindegewebe erkennen liessen. In der Tiefe des Corium begleiteten noch geringfügige Rundzellenanhäufungen die Gefässe.

Meine vielfachen Untersuchungen sowohl beim Lichen ruber planus als acuminatus über eventuelle Veränderungen der Nerven, um auch durch anatomische Untersuchungen einen Anhalt für die Berechtigung der trophoneurotischen Natur des Lichen zu erhalten, haben zu keinem bestimmten Resultate geführt. Ebensowenig gelang es mir mit den verschiedensten Methoden je Mikroorganismen beim Lichen nachzuweisen.

Der auffällige Befund, dass beim Lichen ruber acuminatus die zuerst vorhandene und oft recht beträchtliche Hornschichthypertrophie beim späteren Verlaufe des Processes sich fast

ganz zurückbilden konnte, war mir zuerst nicht erklärlich, bis ich erst vor kurzem Gelegenheit hatte, den Lichen ruber verrucosus zu untersuchen und hier ähnliche Verhältnisse vorfand, so dass ich auf deren Beschreibung, zumal sie in der Literatur bisher noch niemals hervorgehoben worden sind, hier ein grosses Gewicht legen möchte.

Wenn ich von den rein klinischen Beobachtungen absehe, deren genaue Charakterisirung ich mir angesichts der vor kurzem von Gebert[1]) herstammenden ausführlichen Beschreibung dieses Krankheitsbildes ersparen kann, so hatte ich bisher Gelegenheit, vier Male einen

Lichen ruber verrucosus

anatomisch zu untersuchen. Ich gebe deren Krankengeschichten hier kurz wieder:

In dem ersten Falle handelte es sich um den 36jährigen P. W., der in der Mitte beider Unterschenkel an symmetrischen Stellen seit 1½ Jahren ein Exanthem bemerkt hatte, welches ihm erhebliches Jucken verursachte. Es zeigte sich hier hauptsächlich an den Stellen, wo die Haut enge der Tibia anliegt, eine etwa 10 Cm. lange und 4 Cm. breite Fläche erkrankt. An den erkrankten Stellen kann man unschwer zwei gesonderte Formen von Efflorescenzen unterscheiden. Die einen sind die typischen Lichen ruber planus-Knötchen, welche theils isolirt dastehen, theils durch Confluiren, theils ovale, theils kreisrunde oder unregelmässige Plaques bilden. Zuweilen direct in diese übergehend, andere Male aber wieder durch normale Haut getrennt, erhebt sich die zweite Art von Efflorescenzen, welche zunächst den Eindruck von warzenförmigen Gebilden machen. Dieselben ragen scharf von der gesunden Haut sich abhebend erheblich über dieselbe hervor, sind schmutziggrau verfärbt, nicht so zerklüftet wie die gewöhnlichen Warzen und zeigen zum Unterschiede von diesen auf der Spitze kleine Schüppchen. Am übrigen Körper hat Pat. noch einige wenige typische Lichen planus-Knötchen, besonders deutlich sind dieselben auf den Schulterblättern und den Oberarmen. Pat. wurde nur local mit Chrysarobin-Traumaticin behandelt und in etwa 8 Wochen geheilt entlassen.

[1]) Dermatol. Zeitschr. Bd. I.

Von dem linken Unterschenkel gestattete mir Pat. eine typische warzenartige Excrescenz zu exstirpiren, und deren mikroskopische Untersuchung ergab für mich ein ganz anderes Resultat, als ich nach der bisher vorliegenden einzigen Mittheilung Gebert's (l. c.) über diese Erkrankung erwarten musste.

Zunächst einmal war das Stratum corneum ausserordentlich stark hypertrophisch (Taf. II, Fig. 1 *a*) und in grossen Lamellen angeordnet, so wie man es mitunter bei kräftig entwickelten Warzen findet. Dementsprechend war auch das Stratum granulosum (Taf. II, Fig. 1 *b*) bis zu einer Lage von 4 bis 5, stellenweise sogar noch mehr Zellen übereinander vermehrt. Die einzelnen Zellen waren dabei grösser als in der normalen Haut und die meist grossen Granulationen in den Zellen recht zahlreich. In der Hornschicht fanden sich noch vereinzelte Kerne gefärbt (Taf. II, Fig. 1 a_1). Ein deutliches Stratum lucidum war nicht vorhanden.

Aehnlich wie ich es beim Lichen ruber planus und acuminatus beschrieben, fand sich auch hier eine deutliche Abhebung der Epidermis von der Cutis (Taf. II, Fig. 2). Diese Lücke war auch hier wieder mit einem feinen Fibrinnetz und einigen Leukocyten ausgefüllt.

Das Stratum dentatum und cylindricum war ebenfalls hypertrophisch, die einzelnen Zellen waren gross und die Intercellularräume erweitert. Zwischen den Zellen befanden sich zahlreiche Wanderzellen (Taf. II. Fig. 1 c_1), und Karyokinesen waren hier zahlreicher als in normaler Haut, blieben auch nicht nur auf das Stratum cylindricum beschränkt. Die unteren Zellenlagen waren goldgelb pigmentirt.

Die Papillen sind beträchtlich verlängert, oft schmal, fadenförmig und sehr unregelmässig gestaltet, so dass ihr Aussehen sehr an das Verhalten bei Papillomen resp. Verrucae erinnerte. Die Gefässe des Papillarkörpers sind erweitert und dieser selbst mässig infiltrirt. Das Infiltrat besteht aus mononucleären Leukocyten, dazwischen finden sich vereinzelte Mastzellen, und an den Infiltrationszellen sieht man hin und wieder eine Kerntheilungsfigur. Das Infiltrat nimmt nach unten in der subpapillären Schicht des Corium erheblich an Dichte zu, und

hier findet man innerhalb der dichten Zellhaufen öfters Kerntheilungsfiguren, sowie zahlreiche Mastzellen. Auch Capillaren durchsetzen das Infiltrat, jedoch nicht annähernd so wie wir es noch später in dem zweiten Stadium des Lichen ruber verrucosus kennen lernen werden. Die Infiltrationszellen sind im Allgemeinen regellos vertheilt, nur stellenweise findet man eine reihenförmige Anordnung. Nach den tieferen Schichten des Corium nimmt das Infiltrat im Allgemeinen ab, nur in der Umgebung der Gefässe und der Haarfollikel finden sich noch Zellanhäufungen. Die Zellen liegen bei den Gefässen in der Adventitia, daselbst finden sich zuweilen, wenn auch nicht häufig, Karyokinesen, ebenso sind Mastzellen hier in spärlicher Zahl vorhanden. Eine auffällige Veränderung zeigen wiederum die Knäuel der Schweissdrüsen, worauf mich bei Durchsicht meiner Präparate zum ersten Male Herr Dr. Bäumer aufmerksam machte und wofür ich ihm ebenso wie für die auf Tafel II und III ausgeführten Zeichnungen auch an dieser Stelle noch meinen besonderen Dank ausspreche. Einzelne Drüsenschläuche sind cystisch erweitert und mit einem feinkörnigen Inhalt gefüllt. Wie erinnerlich haben wir diese Schweissdrüsencysten auch beim Lichen ruber planus und acuminatus angetroffen.

Das elastische Fasersystem war zwar in der Gegend des Infiltrates auseinandergeschoben, bot aber weder hier noch an anderen Stellen der Cutis etwas abnormes dar. Die Musculi arrectores pilorum waren hypertrophisch. Merkwürdig waren aber an verschiedenen Stellen die tief in das Corium hineinragenden und an manchen Stellen auch über die Oberfläche hinausragenden Hornkegel, wie deren ein recht charakteristischer auf Tafel I, Fig. 4 wiedergegeben ist. Es erinnert dies an jene Bilder, welche wir beim Lichen ruber acuminatus beschrieben haben und welche andere Beobachter bei der Pityriasis rubra pilaris fanden. Allerdings besteht gegenüber der letzteren Affection ein sehr wesentlicher Unterschied darin, dass beim Lichen ruber verrucosus im Corium ein erhebliches Infiltrat vorhanden ist. Uebrigens fand Török[1]) in ähnlicher, wenn nicht

[1]) Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. Bd. VIII. Fig. 7 *d*.

so ausgeprägter Form, beim Lichen corneus bereits derartig erweiterte Haarbalgtrichter mit starken Hornmassen ausgefüllt.

Diese hier eben geschilderte, ausserordentlich starke Hyperkeratose zeigt nun die Eigenthümlichkeit, sich, ähnlich wie beim Lichen ruber acuminatus, spontan zurückzubilden. In diesem zweiten Stadium der Erkrankung treffen wir Verhältnisse an, welche sich wesentlich von den oben geschilderten unterscheiden, sich aber grösstentheils mit den von Gebert (l. c.) erhobenen Befunden decken.

Zur Untersuchung des zweiten Stadiums des Lichen ruber verrucosus stand mir der 22jährige Carl Jacob N. zur Verfügung, der von Hrn. Collegen Kocks aus Darmstadt freundlichst an mich gewiesen wurde. Bei diesem Patienten bestand die Hauterkrankung bereits acht Jahre. Im Beginne zeigten sich an der Innenseite beider oberer und unterer Extremitäten, wie er angibt, ungefähr symmetrisch eine grosse Reihe von Lichen ruber planus-Efflorescenzen. Dieselben standen theils einzeln, theils waren sie zu Plaques confluirt und schwanden allmälig nach Anwendung verschiedener therapeutischer Massnahmen. Nur die jetzt noch an der Innenseite des rechten Unterschenkels befindliche, auf Taf. I, Fig. 3 in ihrer ganzen Ausdehnung sichtbare Affection blieb zurück. Hier zeigte sich vorzüglich an den Stellen, wo die Haut enge der Tibia aufliegt, eine etwa 20 Cm. lange und 4—5 Cm. breite, in der sagittalen Richtung sich erstreckende Hautpartie erkrankt. In dieser konnte man zwei Arten von Efflorescenzen unterscheiden, einerseits isolirte oder zu Plaques angeordnete Lichen planus-Efflorescenzen, andererseits eine grosse Reihe von warzenartigen Hervorragungen (Taf. I, Fig. 3 *v*), welche sich derbe anfühlten und einige Millimeter über die Oberfläche hervorragten. Beim Herüberfahren mit der Hand hatte man ein rauhes, borstenartiges Gefühl, etwa als ob man über ein grobes Reibeisen fährt. Diese warzenartigen Gebilde standen theils isolirt, theils waren sie in inselförmigen Infiltraten zusammengeflossen. Die Farbe der Efflorescenzen war hier bläulichroth und die Oberfläche war von feinen kleienförmigen Schüppchen bedeckt, so dass sie weisslich schimmerte. Nach dem Kniegelenke zu befand sich der älteste Theil der Affection, und dieser war bereits eine

spontane Involution eingegangen. Hier (Taf. I, Fig. 3 *a*) zeigte sich eine grosse Reihe von kleinen, bläulichweiss schimmernden, an ein zartes Netzwerk erinnernder, unter die Haut eingesunkener feiner Narben. Die Haut des übrigen Unterschenkels, sowie die des linken Unterschenkels war vollkommen normal, vor allem zeigten sich keine Varicenbildungen.

Die mikroskopische Untersuchung dieses nach seinem klinischen Eindruck als ganz typisch zu bezeichnenden Lichen ruber verrucosus, von welchem mir Pat. am 6. Decbr. 1895 ein grösseres Stück zu exstirpiren gestattete, zeigte nun ganz andere Verhältnisse als in dem ersten oben geschilderten Falle:

Vor allen war hier das Stratum corneum (Taf. III, Fig. 1 *a*) fast normal, jedenfalls kaum als vermehrt zu bezeichnen, doch befanden sich noch an mehreren ziemlich ausgedehnten Partien in der Hornschicht gefärbte Kerne (Taf. III, Fig. 1 a_1). Demzufolge war auch das Stratum granulosum (Taf. III, Fig. 1 *b*) im wesentlichen als normal zu bezeichnen, nur an einzelnen Stellen war dasselbe in geringem Grade vermehrt, jedoch bei weitem nicht so ausgesprochen wie in dem ersten Falle. Die einzelnen Zellen des Stratum granulosum waren zwar immer noch etwas grösser als normal, jedoch kleiner wie in dem ersten Falle, ebenso waren die Granulationen kleiner. Ein Stratum lucidum war hier ebenfalls nicht vorhanden. Das Stratum dentatum und cylindricum ist hier mässig hypertrophisch, eine auffällige Pigmentation fehlt, die interpapillären Retezapfen sind ziemlich breit, und die Anzahl der Wanderzellen zwischen den Epithelien ist wesentlich geringer als im ersten Falle. Ebenso waren die Papillen zwar stark verbreitert, doch wesentlich kürzer.

Was aber besonders auffiel und diesen Bildern ihr charakteristiches Gepräge verlieh, das war die Anordnung des Infiltrates im Papillarkörper der Cutis. Hier war das Infiltrat, welches vorwiegend aus mononucleären Leukocyten bestand, in perlschnurartigen Reihen angeordnet, und die Infiltrationszellen blieben durch auffallend lange Capillaren, welche von den Gefässen unterhalb der Infiltrationszone entsprangen, in einzelne Gruppen abgegrenzt. Zwischen den Rundzellen befand sich inmitten des Infiltrates eine grosse Reihe von Mastzellen. Scheinbar häufiger als im ersten Falle fanden sich hier Karyokinesen, doch ist

dies wahrscheinlich dadurch zu erklären, dass dort die Infiltration eine erheblich dichtere war als hier, so dass dort die Karyokinesen schwieriger zu erkennen waren.

Dieses Infiltrat setzte sich in gleicher Weise in die subpapillären Schichten des Corium fort. Auch hier waren zahlreiche Mastzellen vorhanden, dagegen konnte ich Spindelzellen, wie sie Gebert (l. c.) von seinem Falle beschreibt, hier überhaupt nicht wahrnehmen. Nur sieht man in dieser Gegend stellenweise statt der typischen reihenförmigen Anordnung eine haufenähnliche Ansammlung der Infiltrationszellen.

In den tieferen Schichten des Corium dagegen findet man, ebenso wie im ersten Falle, die Zellanhäufungen nur in der Umgebung der Follikel und der Gefässe, nur war hier im Gegensatze zu dort die Cutis von zahlreichen Mastzellen durchsetzt, welche am dichtesten (Taf. III, Fig. 4) in der Umgebung der Gefässe angeordnet waren. Hierselbst fand sich eine Einlagerung von Zellen in die Adventitia, vereinzelte Karyokinesen und sehr zahlreiche Mastzellen. Constant zeigten auch hier wiederum die Schweissdrüsenknäuel eine zum Theil (Taf. III, Fig. 3) recht beträchtliche cystische Erweiterung einzelner Drüsengänge. Die Cysten waren mit feinkörnigem Inhalte dicht gefüllt und zwischen den Schweissdrüsengängen befanden sich reichlich Mastzellen.

Dem klinischen Bilde des Lichen ruber verrucosus habe ich nichts Neues hinzuzufügen, ausser dass derselbe nach meinen Erfahrungen nicht selten vorkommt und zwar auch bei Individuen, welche keine Spur von Varicositäten der Venen an den Unterschenkeln zeigen. Dagegen ist die Localisation der Erkrankung am Unterschenkel auch nach meinen Beobachtungen die gewöhnliche, obwohl andere Stellen z. B. der Oberschenkel nicht verschont bleiben. Auffälligerweise sitzen die Verrucositäten gerade immer an jenen Stellen, wo die Haut enge den Unterschenkelknochen anliegt. Jucken ist mitunter vorhanden, andere Male fehlt es wieder. Zur Erleichterung der Diagnose dient es, dass man meist in der Umgebung der Warzenbildungen noch isolirte oder zu Plaques angeordnete Lichen planus-Efflorescenzen findet, ebenso wie nicht selten einige auf der Mundschleimhaut in typischer Weise vorhandene

Planus-Efflorescenzen auf die richtige Diagnose leiten. Mitunter konnten wir, wie es v. Düring und Gebert betonen, einen directen Uebergang von der planen in die verrucöse Form verfolgen. Ueber die Ursache der Erkrankung haben wir nichts bestimmtes, weder klinisch noch anatomisch, eruiren können. In meinen Beobachtungen entwickelte sich die Erkrankung nicht wie in denjenigen H. v. Hebra's und Gebert's im Anschlusse an eine Verletzung, ebenso wenig war eine nervöse Ursache herauszufinden, wie sie Gilbert Smith[1]) für seinen in der dermatologischen Section der British Medical Association vorgestellten Fall als wahrscheinlich annimmt.

Anatomisch möchte ich beim Lichen ruber verrucosus nach meinen Untersuchungen zwei Stadien unterscheiden:

Der Process beginnt, ähnlich wie beim Lichen ruber planus und acuminatus, mit einer diffusen von den Gefässen ausgehenden Infiltration des Corium. Hieran schliesst sich secundär eine sehr starke Hyperkeratinisation, welche entsprechend dem klinischen Ausdrucke der Warzenbildung oft an die stärkst entwickelten Formen gewöhnlicher Warzen erinnert. Doch ist der Unterschied hievon wieder durch das derbe Infiltrat im Corium gegeben. Letzterer erinnert in seiner Dichte und der diffusen Art der Ausbreitung am meisten noch an die Infiltration, wie wir sie bei der Tuberculose der Haut speciell bei der Tuberculosis verrucosa cutis finden. Nur ist die Hyperkeratinisation oft noch bedeutend stärker ausgeprägt als wir sie jemals bei der Tuberculose vorfinden. Ausserdem zeigten sich im Infiltrate niemals Riesenzellen oder irgend welche an Tuberkel erinnernde Gebilde.

Der weitere Verlauf des Krankheitsprocesses ist nach der Richtung charakteristisch, dass ähnlich wie wir klinisch eine spontane Rückbildung mit Ausgang in Atrophie beobachten können, so auch anatomisch hier die Zeichen der Involution zu constatiren sind. Zunächst geht im zweiten Stadium des Processes, ähnlich wie beim Lichen ruber acuminatus, das vorher so stark hypertrophische Stratum corneum eine vollkom-

---

[1]) The British Med. Journ. 21. Dec. 1895 p. 1556.

mene Atrophie ein: An vielen Stellen wird die Hornschicht vollkommen normal, und nichts weist mehr auf die frühere Anomalie hin, ausser dass man an einigen Stellen noch gut färbbare Kerne in den Hornzellen als Zeichen des früheren pathologischen Verhornungsvorganges erkennen kann. Weiter aber vollzieht sich auch im Corium eine ganz erhebliche Wandlung zur Rückbildung. Das vorher diffuse Infiltrat wird gewissermassen mehr organisirt. Es wandelt sich zu einem, wie wir es oben genauer beschrieben haben, in Reihen angeordneten Infiltrate um, welches von zahlreichen, sehr langen und grossen Capillaren unterbrochen wird. Damit ist die Einleitung zu Umwandlung dieses Infiltrates in ein narbenähnliches Bindegewebe gegeben, und ich glaube, dass die von Gebert (l. c.) herrührende Untersuchung als ein noch späteres Stadium, gewissermassen als eine Fortsetzung unserer Beobachtungen zu betrachten ist. Denn Gebert fand bei der anatomischen Untersuchung seines Falles das Infiltrat im Corium schon aus Rund- und Spindelzellen bestehend, welche ebenfalls durch capillare Gefässchen in verschiedene Theile abgegrenzt waren.

Sonach sehen wir aus den bis jetzt vorliegenden Beobachtungen eine vollkommene anatomische Reihe in der Entwicklung und dem Verlaufe des Lichen ruber verrucosus hergestellt. Wenn ich auch noch nicht Gelegenheit gehabt habe, den Endausgang dieses Processes mikroskopisch zu verfolgen, so habe ich doch nach den vorliegenden anatomischen und klinischen Beobachtungen keinen Zweifel, dass hier die Resorption noch weiter gegangen ist und schliesslich der ganze Process mit einer Narbenbildung endigt. Den Beginn dazu haben wir anatomisch schon in unserer zweiten Beobachtung und in dem Falle Gebert's zu verzeichnen. Aber auch klinisch konnte man bei unserem zweiten Patienten, wie aus der Photographie auf Taf. I, Fig. 3 zu ersehen ist, den Ablauf des Processes an seinen, unter die Oberfläche eingesunkenen narbenähnlichen atrophischen Stellen verfolgen.

Mastzellen fanden sich in meinen bisherigen Beobachtungen nicht nur, wie Gebert[1]) constatiren konnte, in der

[1]) Dermat. Zeitschr. Bd. III. Heft 3. Juni 1896 p. 371. Bericht über die Sitzung der Berl. dermat. Verein. v. 17. März 1896.

Cutis unterhalb des eigentlichen Tumorgewebes, sondern auch inmitten derselben und zwar, wie aus der zweiten Beobachtung (Taf. III, Fig. 1 und 2) hervorgeht, sogar in sehr grosser Anzahl.

Natürlich sollen die beiden von uns angegebenen anatomischen Stadien nur einen Anhaltspunkt für den Verlauf des Krankheitsprocesses geben. Es bleibt aber nicht ausgeschlossen, dass sich dazwischen mannigfache Uebergänge finden. Einen solchen habe ich in einem dritten von mir mikroskopisch untersuchten Falle von Lichen ruber verrucosus constatiren können, den ich der Liebenswürdigkeit des Hrn. Collegen Saalfeld verdanke. Es handelt sich um den 57jährigen Patienten, welchen Saalfeld[1]) am 12. Mai 1896 in der Berliner Dermatologischen Vereinigung vorstellte und welchen er noch ausführlich in Neisser's stereoskopischem Atlas veröffentlichen wird. Von diesem war College Saalfeld so liebenswürdig, mir ein Stück eines Knotens vom Unterschenkel zur mikroskopischen Untersuchung freundlichst zu überlassen, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen besten Dank sage. In diesem Falle war die Hornschichthypertrophie nur noch mässig ausgebildet und zeigte sich besonders in Form von zapfenartigen Wucherungen im Follikeltrichter der Lanugohärchen des Unterschenkels ausgeprägt. Das Rete war stark hypertrophisch, und das Infiltrat im Corium war sehr hochgradig, zeigte aber nur an wenigen Stellen schon eine reihenförmige Anordnung. Hier war vor allem neben den reichlichen Mastzellen die grosse Menge von weitverzweigten Pigmentzellen auffällig, welche besonders im Corium inmitten der Infiltrate vorhanden waren und sich von hier aus bis in das Rete verfolgen liessen, während im Stratum cylindricum die Pigmentation nur sehr gering ausgeprägt war.

Schliesslich will ich noch anführen, dass ich kürzlich Gelegenheit hatte, einen vierten Fall von Lichen ruber verrucosus anatomisch zu untersuchen. Bei diesem 50jährigen Manne, den ich in der Berliner Dermatologischen Vereinigung am 7. Juli 1896 vorgestellt habe, bestand die Affection an beiden Unterschenkeln seit $^3/_4$ Jahren und hatte sich hier im Anschlusse

---

[1]) Dermat. Zeitschr. Bd. III. Heft 4. 1896 p. 528.

an varicöse Venen entwickelt. Am Körper sowie in der Nähe der Verrucositäten fanden sich noch vereinzelte Lichen planus-Efflorescenzen. Die anatomische Untersuchung der typischen warzenartigen Eruption am linken Unterschenkel ergab wieder das erste Stadium der Erkrankung, ungefähr dasselbe Bild, wie ich es in meinem ersten oben angeführten Falle beschrieben habe. Im wesentlichen fand ich hier eine starke Hypertrophie der Hornschicht, ähnlich wie bei gewöhnlichen Warzen, und im Corium ein regelloses derbes Infiltrat mit zahlreichen Mastzellen.

In diesen vorhin ausgeführten anatomischen Details finden sich so viele Uebereinstimmungen und Uebergänge der einzelnen Symptomengruppen des Lichen ruber, dass wir uns nicht nur aus klinischen, sondern auch aus anatomischen Gründen für wohlberechtigt halten können, die Einheitlichkeit des Lichen ruber zu statuiren. Zu dem Krankheitsbilde des Lichen ruber gehören 3 Symptomengruppen, das sind die Planus-, Acuminatus- und Verrucosus-Form.

Ich glaube sonach, dass meine Untersuchungen, vollkommen im Gegensatze zu Robinson und Taylor, einen engen anatomischen Zusammenhang zwischen den verschiedenen klinischen Symptomen des Lichenprocesses und auch Aufschluss über deren histologischen Connex geben. Die Frage, ob beim Lichen ruber die Hyperkeratose oder die Entzündung da Primäre ist, glaube ich nach meinen Untersuchungen dahin beantworten zu sollen, dass primär die Entzündung im Corium von den Gefässen ausgehend und eine Infiltration in den oberflächlichen Cutisschichten erfolgt, während erst secundär eine Hypertrophie der Epidermis mit der im ersten Stadium so auffälligen Hyperkeratinisation erfolgt. Je mehr dieser entzündliche Process im Corium die Neigung der Schrumpfung zeigt, je mehr sich also hier Bindegewebsneubildung präsentirt, desto mehr bildet sich die Hyperkeratose zurück.

Schliesslich möchte ich noch erwähnen, dass mir die Heilung des Lichen ruber verrucosus durch alleinige locale Aufpinselung von Chrysarobin-Traumaticin (1:10) ohne gleichzeitige Arsenanwendung gelang.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel I—III.

Taf. I. Fig. 1. Lichen ruber acuminatus, in Flemming'scher Lösung conservirt, mässige Vergrösserung. Man sieht hier die unterste in Osmiumsäure sich nicht schwärzende Lage des Stratum lucidum gut von dem mit Osmium sich schwärzenden Theile abgehoben. *h* Hyperkeratose. *i* Infiltrat. *g* Gefäss im Corium.

Fig. 2. Lichen ruber acuminatus, conservirt in Jodalkohol, gefärbt nach Benda'scher Methode. Leitz Obj. 3. Ocul. 3. Tubus eingeschoben *h* Hyperkeratose im Follikeltrichter eines Lanugohärchens. *i* Infiltration um den Haarfollikel. *m* Musculus arrector pili.

Fig. 3. Lichen ruber verrucosus an der Innenseite des rechten Unterschenkels. *v* Verrucositäten des Lichen ruber. *a* Atrophisch eingesunkene, narbenartig abgeheilte Stellen.

Fig. 4. Lichen ruber verrucosus, conservirt in Alkohol, gefärbt mit Orceïn-Thionin, Leitz Obj. 3. Ocul. 1. Tubus eingeschoben. *h* Hornkegel, tief in das Corium hineingehend und etwas über die Oberfläche der Epidermis hervorragend. *i* Infiltration und elastisches Fasersystem.

Taf. II. Fig. 1. Lichen ruber verrucosus. Erstes Stadium. Schnitt aus dem Centrum eines Knotens von Fall I. Mitte des Präparates. Vergr. 50/1. Conservirt in Alkohol, gefärbt mit Thionin-Eosin. *a* Das stark hypertrophirte Stratum corneum. a_1 Färbbare Kernsubstanz in demselben. *b* Stratum granulosum. *c* Rete Malpighii, bei c_1 von Wanderzellen durchsetzt. *d* Infiltrat im Corium.

Fig. 2. Lichen ruber verrucosus. Erstes Stadium. Schnitt aus der Peripherie eines Knotens. Vergr. 250/1. Färbung mit Hämatoxylin-Eosin. *a* Stratum corneum, nicht hypertrophirt. *b* Rete Malpighii. b_1 Leukocyten zwischen den Epithelien. *c* Abhebung der Epidermis von der Cutis; der Zwischenraum ausgefüllt mit einem feinen Fibrinnetz und einigen Kernen.

Fig. 3. Lichen ruber verrucosus. Erstes Stadium. Aus einem Schweissdrüsenknäuel. Vergr. 70/1. Färbung mit Thionin. *a* Cystisch erweiterter Drüsengang, mit einem fein körnigen Inhalt gefüllt. *b* Normaler Drüsengang.

Fig. 4. Lichen ruber verrucosus. Erstes Stadium. Eine Partie des Corium-Infiltrates. Vergr. 330/1. Färbung mit Thionin. *c* Capillargefäss. *k* Karyokinesen. *m* Mastzellen.

Fig. 5. Lichen ruber verrucosus. Erstes Stadium. Theil einer kleinen Arterie aus den Coriumpartien unterhalb des Infiltrates. Vergröss. 330/1. Färbung mit Thionin. *i* Intima. *mu* Muscularis. *ad* Adventitia. *m* Mastzellen. *k* Karyokinesen.

Taf. III. Fig. 1. Lichen ruber verrucosus. Zweites Stadium. Schnitt aus der centralen Partie eines Knotens von Fall II. Mitte des Präparates. Vergr. 50/1. Conservirt in Alkohol, gefärbt mit Thionin. *a* Stratum corneum, bei a_1 zahlreiche, noch färbbare Kerne. *b* Stratum granulosum. *c* Rete Malpighii. *cp* Capillargefäss. *i* Vorwiegend reihenförmig angeordnetes Infiltrat der Cutis. *g* Blutgefässe, von zahlreichen Mastzellen umgeben. *m* Mastzellen.

Fig. 2. Lichen ruber verrucosus. Zweites Stadium. Eine Partie des Infiltrates bei starker Vergrösserung (330/1), gefärbt mit Thionin-Eosin. *cp* Capillargefäss, in dessen Lumen bei *l* mehrere Leukocyten. *c* perlschnurförmig angeordnete Infiltratzellen zwischen den Bindegewebsbündeln. *k* Karyokinesen der Infiltratzellen. *m* Mastzellen.

Fig. 3. Lichen ruber verrucosus. Zweites Stadium. Partie eines Schweissdrüsenknäuels. Vergr. 70/1. Gefärbt mit Thionin. *a* Stark cystisch erweiterter Drüsengang, mit feinkörnigem Inhalt *b* gefüllt. *a*, Normaler Drüsengang. *m* Mastzellen zwischen den Schweissdrüsengängen.

Fig. 4. Lichen ruber verrucosus. Zweites Stadium. Kleine Arterie aus der infiltratfreien Coriumschicht. *i* Intima. *mu* Muscularis. *m* Mastzellen, sehr zahlreich. *ad* Adventitia. *k* Karyokinese.

Aus der königl. dermatolog. Universitätsklinik zu Breslau.

Ueber einen ungewöhnl. Fall von Lichen ruber planus mit Arsen-Nebenwirkungen.

Von

Dr. **Max Dreysel,**
Arzt für Hautkrankheiten in Leipzig, früher Assistent der Klinik

Nachstehend möchte ich über einen Fall von Lichen ruber planus berichten, der wegen verschiedener Eigenthümlichkeiten erwähnenswerth sein dürfte.

Der 49 Jahr alte pensionirte Locomotivheizer L. Sch. stellte sich Mitte October 1895 wegen eines Hautleidens in der kgl. Poliklinik für Hautkrankheiten zu Breslau vor.

Was die Anamnese betrifft, so gibt Patient an, dass sein Vater an Typhus, die Mutter an Lungentuberculose gestorben ist. Er ist seit 1870 verheiratet; Frau und zwei Kinder sind gesund. Vor längeren Jahren — genau weiss er es nicht mehr anzugeben — will er längere Zeit an „Leberschwellung" und Magenkatarrh gelitten haben. Im Jahre 1890 erlitt er einen Eisenbahnunfall, wurde an Kopf und Unterleib contusionirt und hatte in Anschluss daran über Schmerzen im Unterleibe, Schwächung des Gedächtnisses, zeitweise Bewusstseinsstörungen, krampfhafte Zuckungen im beiden Beinen zu klagen; diese Symptome waren nach zwei Jahren nahezu geschwunden. Im April 1893 erfolgte ein neuer Eisenbahnunfall, Contusion vor allem der Brust; in Folge dessen stellten sich Schmerzen in der linken Brustseite ein, die auf Druck auch heute noch vorhanden sind. Vor ca. 1³/₄ Jahren gesellten sich ziehende, reissende Schmerzen in beiden Händen und Füssen hinzu, die besonders in dem letzten Jahre eine erhebliche Steigerung erfuhren, so dass Patient gegenwärtig nur mit Mühe und unter grossen Schmerzen gehen zu können angiebt. Im Jahre 1895 wurde er wegen Dienstuntauglichkeit pensionirt.

Das Hautleiden datirt, soweit aus seinen sehr unsicheren Angaben sich etwas eruiren lässt, seit etwa 1³/₄ Jahren; es soll an Flachhänden und Fusssohlen begonnen haben und zwar derart, dass sich daselbst anfänglich rothe Flecke bildeten, die Haut sich dann an diesen Stellen

abschuppte, allmählig verdickte, bis schliesslich warzenförmige Erhebungen entstanden. Bisweilen sollen sich einzelne dieser Warzen verkleinert, beinahe ganz zurückgebildet haben, um dann aber bald wieder zu ihrer früheren Grösse emporzuwachsen. Bald nach dieser Veränderung an den Hohlhänden zeigten sich an der Haut des übrigen Körpers, und zwar zuerst an der Brust, dunkle, schwarzbraune Flecke, die von Zeit zu Zeit schwanden, aber immer von neuem wieder zum Vorschein kamen und sich schliesslich über den ganzen Körper ausbreiteten. Bald traten Knötchen hinzu, die nur sehr wenig juckten. Vom Bahnarzte wurde Patient während dieser Zeit mit den verschiedensten inneren und äusseren Mitteln behandelt, nahm kurze Zeit auch einmal Arsen (Sol. Fowleri). Syphilitisch inficirt will er sich nie haben; Potatorium wird negirt.

Status. Mittelgrosser, ziemlich gut genährter Mann. Die inneren Organe ergeben keine Abnormitäten. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Plattfüsse leichten Grades, Verwachsung der 2. und 3. Zehe beider Füsse. An den unteren Partien des Abdomens, besonders über und neben dem Mons veneris, stark erweiterte und hervortretende Venen.

Am meisten in die Augen springend sind zahlreiche Pigmentationen einerseits und helle Flecke andererseits, die den ganzen Körper bedecken und die, in ihrer Intensität sehr verschieden, der Haut ein höchst merkwürdiges, geschecktes Aussehen verleihen; am meisten macht sich das geltend, d. h. am zahlreichsten sind die Pigmentationen im Gesicht und an Brust und Rücken. Dabei zeigt die Haut des Patienten im allgemeinen schon ein dunkleres, hellbraunes Colorit.

Es lassen sich ohne Zwang drei Hauptfarben unterscheiden: die hellbraune Grundfarbe, die Hyperpigmentationen, schiefer- bis dunkelgrau, und die mehr oder weniger weissen Depigmentationen.

Die Hyperpigmentationen sind über den ganzen Körper verstreut, und, wie schon erwähnt, an Thorax und Gesicht besonders zahlreich; sie sind stecknadelkopf- bis kleinlinsengross, rundlich oder polygonal, meist scharf begrenzt; sie stehen isolirt, oder zu kleineren Gruppen beisammen. Ihre Farbe wechselt zwischen hell- und dunkel-, beinahe schwarzgrau. Bei vielen von ihnen, besonders bei solchen, die in der Nähe der später noch zu erwähnenden Lichen-Knötchen localisirt sind, lässt sich noch ein mehr oder weniger deutlich fühlbares Infiltrat nachweisen.

Die Depigmentationen gleichen in Bezug auf Localisation, Grösse, Gestalt und Anordnung vollständig den Hyperpigmentationen, nur sind sie etwas weniger zahlreich. Sie sind gleichfalls scharf begrenzt; ihre Farbe ist ein mehr oder weniger helles Weiss. Bei einigen wenigen von ihnen, besonders bei solchen, die am Thorax localisirt sind, zeigt die Haut eine leichte atrophische Beschaffenheit, ohne dass freilich die Follikel in irgend einer sichtbaren Weise verändert sind. Nirgends lässt sich bei ihnen eine fühlbare Infiltration nachweisen.

Dazwischen liegen nun Lichen ruber-Knötchen, die durchaus typisch sind: derb, scharf begrenzt, polygonal, wachsartig glänzend,

im Centrum vielfach mit einer Delle versehen; sie sind nicht besonders zahlreich; am meisten finden sich in der Sacralregion und an den Nates, ferner an Brust und Rücken; einige wenige sind auch über obere und untere Extremitäten verstreut. Sie stehen meist isolirt, doch da, wo sie sich zahlreicher finden, auch vielfach aggregirt. Die jüngeren zeigen eine hellrothe, die älteren mehr oder weniger schon in der Evolution begriffenen eine lividrothe oder auch dunkle, schiefergraue Färbung. Eine bedeutendere Schuppung ist nirgends vorhanden.

Sehr bemerkenswerthe und interessante Veränderungen weisen Handteller und Fusssohlen auf. Die Schweisssecretion ist daselbst mässig vermehrt, die Hornschicht im allgemeinen vielleicht etwas verdickt. Das auffallendste aber sind die warzenähnlichen mehr oder minder prominenten Efflorescenzen, die sich vor allem an beiden Handtellern finden. Sie sind von wechselnder Grösse, meist auf breiter Basis aufsitzend, stecknadelkopf- bis über linsengross, sehr derb und auf Druck mässig schmerzhaft. Sie stehen isolirt, bis weilen aber auch zu kleineren Gruppen beisammen. Ihre Farbe unterscheidet sich kaum von der der angrenzenden gesunden Hautpartien. Die sie überziehende Hornschicht ist auch an den grösseren, das Hautniveau halbkugelig überragenden Efflorescenzen zwar verdickt, etwas rauh, sonst aber nicht sichtbar verändert, schuppend, oder warzenartig zerklüftet. Unschwer lassen dieselben sich, wenigstens die nicht allzugrossen, durch Kratzen mit dem Nagel, sammt dem sich in die Tiefe senkenden Epidermiszapfen herausheben; es entsteht ein scharf begrenzter, wie mit einem Locheisen herausgeschlagener rundlicher Defect, an dessen Grunde das blutende Corium zu Tage liegt. Die kleineren dieser Gebilde ragen nicht über der Haut empor, sie sind mehr sichtbar denn fühlbar, und schimmern durch die Hornschicht hindurch. An einigen wenigen Stellen der Hohlhände, besonders an den Beugefalten der Finger, finden sich dann noch einige wenige, stark prominente, schmal aufsitzende, arg zerklüftete, kleinsten Hauthörnern ahnelnde Epidermiswucherungen mit starken Hornauflagerungen. Während die Interdigitalflächen von diesen warzenartigen Gebilden schon viel weniger befallen sind als Hohlhände und Fusssohlen, zeigen sich Hand- bezüglich Fussrücken vollständig frei.

Entzündliche Erscheinungen fehlen überall vollständig.

An der Schleimhaut der Mundhöhle finden sich an den hinteren Gaumenbögen beiderseits vereinzelte etwa stecknadelkopfgrosse, scharf umschriebene, rundliche, grauweisse Epitheltrübungen mit theilweiser Abhebung des Epithels. Am linken Seitenrande der Zunge ist ein circa linsengrosses, länglich rundes, flaches, ziemlich schmerzhaftes Ulcus vorhanden. Im übrigen sind die Schleimhäute etwas anämisch, bieten aber sonst keine weiteren Besonderheiten dar; vor allem finden sich daselbst keine Pigmentationen.

Das Allgemeinbefinden ist ziemlich gestört, es besteht Schwächegefühl, der Schlaf ist schlecht, der Appetit jedoch ziemlich gut.

Patient klagt über ganz geringes Jucken und vor allem über reissende Schmerzen in Händen und Fusssohlen, weshalb denn auch das Gehen nur mit kleinen, langsamen Schritten erfolgt, und Patient vorwiegend mit den Fersen auftritt.

Die Resultate der Untersuchung des Nervensystems (bei der Herr Dr. Adler uns freundlichst unterstützte) seien nur der Hauptsache nach kurz hier mitgetheilt: Beim Stehen mit geschlossenen Augen besteht ziemlich erhebliches Schwanken; Zittern der Finger bei ausgestreckten Händen. Linkes Bein sowohl am Ober- als auch am Unterschenkel an Umfang geringer als das rechte. Die Muskelkraft des linken Beines steht hinter der des rechten zurück. Patellarreflex fehlt links, rechts ist er stark abgeschwächt. Sensibilität an beiden Unterschenkeln herabgesetzt. Faradische Erregbarkeit im Peroneus- und Tibialis-Gebiet bei directer und indirecter Reizung der Muskeln erhalten; ebenso auch am Oberschenkel. Uebrigens schien uns der Patient die Stärke seiner Schmerzen stark zu übertreiben, wenn auch wohl reine Simulation nicht vorlag.

Ganz kurz nur möge im Anschluss hieran der weitere Verlauf skizzirt werden:

In der Poliklinik wurde Patient mit subcutanen Arseninjectionen 5 Mgr. pro die behandelt; innerlich erhielt er Bromkali; das Geschwür der Zunge wurde mit 10% Chromsäure bepinselt. Als die Schmerzen in den Füssen mehr und mehr zunahmen, wurde Patient Anfang November auf die stationäre Klinik aufgenommen. An dem Status hatte sich bis dahin wenig geändert: Neue Lichenknötchen waren nur sehr wenige erschienen, die alten nahezu unverändert; die Epitheltrübungen, sowie das Geschwür an der Zunge waren geschwunden.

Auch auf der Abtheilung wurde Anfangs mit den Arseninjectionen (bis 0.015 pro die) fortgefahren, Mitte November aber wurden dieselben aus Rücksicht auf die periphere Neuritis sistirt. Im übrigen wurde Pat. mit warmen Bädern, Schwitzen behandelt; äusserlich kam Salicylvaseline, später Chrysarobin und an Händen und Füssen 10% Salicylcollodium, resp. 10% Salicylseifenpflaster zur Anwendung. Innerlich erhielt er Anfangs noch Bromkali. Tuberkulin (0.002 Gr.) blieb ohne jede Reaction.

Unter dieser Behandlung besserte sich zwar das Allgemeinbefinden zeitweise, namentlich liessen die Schmerzen in Händen und Füssen nach, doch hob sich der Ernährungszustand nicht wesentlich. Mitte Februar 1896 wurde Patient ent-

lassen. Lichenknötchen waren nur noch ganz vereinzelt an den Nates vorhanden. Die Haut hatte an den mit Chrysarobin behandelten Stellen erheblich an Buntheit verloren, die Pigmentationen waren daselbst fast gänzlich geschwunden. Handteller und Fusssohlen waren nahezu unverändert.

Nach gütigen Mittheilungen aus Breslau stellte sich Patient Anfang Juni 1896 wieder in der Poliklinik vor; die Pigmentationen und ihre Vertheilung, sowie die Palmar- und Plantaraffectionen waren fast unverändert, Lichenknötchen spärlich nur an der Sacralregion vorhanden. Allgemeinbefinden ziemlich gestört; besonders Schmerzen in den Füssen. Er erhielt Arsen innerlich. Ende August 1896 ist Patient unter den Zeichen allgemeiner Schwäche, besonders von Seiten des Herzens, gestorben. Eine Section konnte nicht stattfinden.

Behufs histologischer Untersuchung wurde ein isolirtes Lichenknötchen der Sacralregion exstirpirt, ferner eine Hautstelle der rechten Scapulargegend, die Knötchen, Hyper- und Depigmentationen, sowie hellbraun gefärbte Stellen enthielt. Da die mikroskopische Untersuchung ein besonderes Resultat nicht ergeben hat, so seien die Befunde hier nur kurz angeführt. Die Stücke wurden in Alkohol gehärtet, oder auch vorher in Formalin, Osmiumsäure, Flemming'sche Lösung fixirt. Die Färbung erfolgte nach den verschiedensten Methoden.

Bei den Knötchen, die vorwiegend an den Haarfollikeln localisirt sind, zeigt sich die Hornschicht im ganzen etwas verdickt, vielfach mit noch färbbaren Kernen durchsetzt, das Rete verbreitert, ziemlich spärlich Leukocyten enthaltend. Das Infiltrat der Cutis, an Mächtigkeit bei den einzelnen Knötchen je nach ihrem Entwickelungsstadium sehr wechselnd, reicht meist bis an die Epidermis heran, ist nach den Seiten und der Tiefe zu ausserordentlich scharf begrenzt. Durch hineinragende schmale Bindegewebszüge ist es an manchen Stellen in fächerartige Arme getheilt. Das Infiltrat besteht aus dicht neben einander liegenden ziemlich grossen Zellen mit grossen, meist etwas länglich runden, sich nicht sehr stark färbenden Kernen. Besonders bei älteren Knötchen innerhalb des Infiltrates, vor allem in dessen tieferen Theilen, grosse, runde,

vielkernige Zellen in mässiger Anzahl, deren Kerne (bis zu 7 und mehr und denen der übrigen einkernigen Infiltrationszellen gleichend) meist ausserordentlich dicht bei einander liegen und entweder an einer umschriebenen Stelle der Zelle zusammengedrängt sind, oder dieselbe nahezu ganz ausfüllen. Mastzellen sind im Infiltrat mässig reichlich vorhanden, „Plasmazellen" fehlen vollkommen. Blutcapillaren etwas erweitert, Schweiss- und Talgdrüsen nicht sichtbar verändert.

An den hyperpigmentirten Stellen zeigt sich fast überall ein deutliches Infiltrat von verschiedener Mächtigkeit; an den depigmentirten Stellen sind zwar in der Cutis stellenweise einzelne kleinere Zellhaufen vorhanden, eine grössere Mächtigkeit erreichen dieselben aber nirgends.

Die elastischen Fasern sind im Knötchen innerhalb des Bereiches des Infiltrates bis auf geringe Ueberreste geschwunden, an den hyper- und vor allem den depigmentirten Stellen aber sind sie vollständig erhalten und im Vergleich zu den angrenzenden Partien nicht in einer sichtbaren Weise verändert.

Pigment findet sich in der Haut durchwegs sehr reichlich; es ist von ausserordentlich dunkler Farbe; die Pigmentkörner liegen in der Cutis sehr dicht bei einander. Bei den älteren Knötchen fehlt es in der Hornschicht fast ganz, ist in den unteren Lagen der Retezellen sehr reichlich, in der Cutis aber spärlicher als in den angrenzenden, nicht infiltrirten Partien vorhanden. Bei frischen Knötchen enthält die Hornschicht ziemlich reichlich Pigment, das Rete nur sehr wenig, die Cutis hingegen viel mehr als bei den älteren Knötchen. Bei den Hyperpigmentationen ist der Pigmentgehalt der Hornschicht kein sonderlich reichlicher, Rete und Cutis hingegen enthalten sehr viel Pigment. In der letzteren liegt es der Hauptsache nach ziemlich oberflächlich, die tieferen Partien der Cutis enthalten nur sehr wenig Pigment. An den Depigmentationen, deren Localisation um einen Follikel herum sich fast immer nachweisen lässt, ist die Hornschicht ganz pigmentfrei, im Rete, auch in den untersten Zelllagen, ist Pigment nur in Spuren, in der Cutis hingegen reichlich vorhanden. Die übrigen, makroskopisch hellbraun gefärbten Partien enthalten in

Hornschicht, Rete und Cutis reichlich Pigment, allerdings nicht soviel als die dunkler, schwarzgrau gefärbten.

Dass es sich bei dem eben beschriebenen Falle um einen Lichen ruber planus handelte, konnte von Anfang an nicht zweifelhaft sein; die grösstentheils typischen Lichenknötchen sicherten ohne weiteres die Diagnose. Auch das histologische Bild entsprach im grossen und ganzen dem, was man sonst beim Lichen rub. zu sehen gewohnt ist. Auffallend waren dabei höchstens die riesenzellenähnlichen Gebilde inmitten des Infiltrates. Fraglich war nur, stehen die Pigmentationen am Körper und die Hyperkeratosen an Flachhänden und Fusssohlen in irgend einer Beziehung zum Lichen und in welcher? Dass die nervösen Erscheinungen mit der Hauterkrankung einen inneren Zusammenhang hätten, dürfte wohl ausgeschlossen sein. Was zunächst die Pigmentationen betrifft, so wissen wir ja, dass die Efflorescenzen des Lichenruber sehr oft mit Hinterlassung von Pigment abheilen. Wenn aber diese Pigmentationen so zahlreich, intensiv und beständig sind wie in dem vorliegenden Falle, so ist das gewiss auffallend.

In der Literatur finden sich derartige Fälle nur sehr wenige. So hat Kaposi [1]) in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen Fall vorgestellt, wo nach Abheilung der Lichenknötchen überall dunkles Pigment zurückgeblieben war, so dass der ganze Körper sepiabraun und weiss gescheckt aussah. Einen weiteren Fall hat jüngst Schwimmer [2]) mitgetheilt: Die ganze allgemeine Decke des Kranken, mit Ausnahme einzelner Stellen, zeigte sepiabraune bis veilchenblaue Flecke, die vielfach in einander übergingen. Der Patient war früher wegen Lichen ruber innerlich mit Arsen behandelt worden.

Also ganz ähnliche Bilder wie bei unserem Patienten, nur dass die Depigmentationen fehlten; zu diesen letzteren finde ich in der Literatur überhaupt kein Analogen. Denn dass die atrophischen und sclerotischen Formen, wie sie von Hal-

---

[1]) Kaposi. Ein nicht gewöhnlicher Fall von Lichen ruber. Archiv f. Derm. u. Syph. 1892. Bd. XXIV.

[2]) Schwimmer. Verhandlungen der ungarischen dermatologischen Gesellschaft zu Budapest. 19. Jänner 1896.

lopeau[1]) zuerst im Jahre 1887, dann 1889 und neuerdings im Jahre 1896, ferner von Darier,[2]) Pawlow[3]) und Anderen beschrieben worden sind, hierher gehörten, ist wohl ohne weiteres von der Hand zu weisen. Bei diesen Formen steht die Atrophie, die sich im Centrum der Lichenplaques ausbildet, ganz im Vordergrunde des Bildes und führt zur Bildung von wirklichen, weissgefärbten Narben. Dem entspricht auch das histologische Bild, wie es von Darier[2]) im Jahre 1887 und später 1892 beschrieben wurde, bei dem sich dicht unter der Epidermis wirklich sclerotisches Gewebe befand. In unserem Falle aber zeigten die weissen Stellen wohl bisweilen eine ganz geringe Atrophie — eine eigentliche Narbenbildung war nirgends vorhanden — mikroskopisch war aber auch davon nichts nachzuweisen.

Dass die Hyperpigmentationen in directer Beziehung zu den Lichenknötchen stehen, aus ihnen hervorgegangen sind, dürfte kaum zweifelhaft sein. Ihre Grösse, Gestalt, Gruppirung entspricht derjenigen der Knötchen vollkommen; makroskopisch und mikroskopisch finden sich zahlreiche Uebergänge von einem zum anderen.

Schwieriger liegt die Sache bei den Depigmentationen. Ihre Form und Gruppirung machen es ja wahrscheinlich, dass auch sie entweder direct aus den Knötchen oder aus den Hyperpigmentationen entstanden sind; der volle Beweis hierfür konnte aber auch durch das Mikroskop nicht erbracht werden. Dieses zeigte nur, dass die Ursache der hellen Farbe in der fast pigmentfreien Epidermis zu suchen sei, welche das noch recht reichlich in der Cutis vorhandene Pigment verdeckte.

Nicht so einfach ist die Deutung der Hyperkeratosen an Hohlhand und Fusssohle. Es werden allerdings beim Lichen ruber nicht allzu selten auch Hohlhände und Fusssohlen befallen und zwar einerseits in Gestalt von circumscripten, eingesunkenen oder mit fest anhaftenden Schuppen besetzten Stellen, andererseits in Form von Tylositäten, die entweder diffus, flächenhaft, oder warzen- und hühneraugenartig sein können.

---

[1]) Hallopeau. Unionmédicale. 1887. Annales de Dermt .1889, 1896.
[2]) Darier. Annales de Dermatologie. 1892.
[3]) Pawlow. Annales de Dermatologie. 1894.

An den Rändern sind dann Knötchen vorhanden, oder es befindet sich daselbst, wie Hallopeau hervorhob, ein erythematöser Saum. Derartige Hyperkeratosen bei Lichen rub. sind von mehreren Autoren beschrieben; ich nenne nur Obtulowicz,[1]) Brooke,[2]) Hallopeau;[3]) sie waren auch bei dem oben citirten Kaposi'schen Falle vorhanden.

Weiter wissen wir aber auch, dass bei der inneren Arsenmedication ganz ähnliche Veränderungen entstehen können. Diese äussern sich gleichfalls theils als diffuse Hyperkeratosen, theils als circumscripte, warzenähnliche. Zwei Fälle der ersteren Art, diffuse Schwielenbildung der Hohlhände, theilt unter anderen Heuss[4]) mit: hier waren die Erscheinungen drei Monate nach Aussetzen der Medication bis auf geringe Reste geschwunden. Circumscripte Hyperkeratosen, auf die Jon. Hutchinson zuerst aufmerksam machte, wurden von J. J. Pringle[5]) beobachtet; ferner wies Arning auf dem Breslauer Dermatologen-Congress 1894 gelegentlich der Demonstration einer Mycosis fungoides-Kranken auf diese Affection hin. Arning betonte noch, dass diese Veränderungen durchaus nicht selten seien und die Arsen-Medication viele Jahre überdauern könnten.

Die Beschreibung, die Pringle von seinem Falle gibt, wo beide Handteller und Fusssohlen, besonders an den normalen Furchen, mit zahlreichen stecknadelkopf-, bis erbsengrossen derben, warzigen, theils spitzen, theils stumpfen Epidermiswucherungen bedeckt waren, wo entzündliche Erscheinungen vollständig fehlten, ferner auch die von Arning, der als besonders charakteristisch die Durchsichtigkeit der in den Papillarkörper sich einsenkenden Epidermiszapfen hinstellt, stimmen ausserordentlich gut überein mit den Veränderungen, wie sie unser Patient darbot. Nun hat unser Kranker Arsen allerdings nur recht wenig, nämlich 5 Gr. Sol. Fowleri im Jahre 1894 bekommen. (Die subcutanen Arsen-Injectionen erhielt Patient

---

[1]) Obtulowicz. Archiv f. Dermatol. u. Syphil. 1877.
[2]) Brooke. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1891.
[3]) Hallopeau. Annales de Dermatologie et de Syphiligr. 1895.
[4]) Heuss. Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte. 1894.
[5]) J. J. Pringle. The Brit. Journ. of Dermat. 1891.

erst, nachdem die Handflächen-Erkrankung vollkommen ausgebildet war.) Er weiss auch nicht genau anzugeben, ob die Veränderungen an Händen und Füssen erst nach Gebrauch des Mittels entstanden sind. Trotzdem kann uns aber weder diese ungenaue Anamnese noch die geringe Arsenmenge hindern, die Affection als Arsenwirkung aufzufassen. Auch von anderen Medicamenten wissen wir, dass oft geringe Mengen bei besonders Prädisponirten genügen, um Veränderungen an Haut, Schleimhaut etc. hervorzurufen.

Dazu gesellt sich das klinische Bild: das Fehlen von entzündlichen Erscheinungen, das Fehlen von Lichenknötchen in der Umgebung der Hyperkeratosen, das Aussehen der letzteren selbst; das Alles passt viel besser in den Rahmen der Dermatosen nach Arsengebrauch als zum Bilde des Lichen ruber. Ich halte es daher zum mindesten für sehr wahrscheinlich, dass die Hyperkeratosen bei unserem Patienten nicht zum Lichen ruber gehören, sondern als Arsenwirkung aufzufassen sind.

Freilich wird man dann auch erwägen müssen, ob nicht auch die diffuse hellbraune Färbung, die gleichsam die Grundfarbe für die zahlreichen eingestreuten Hyper- und Depigmentationen bildete und die in früheren Jahren gleichfalls nicht vorhanden gewesen sein soll, sowie die absonderlichen Hyperpigmentationen der Lichenknötchen ebenfalls in eine Beziehung zur Arsenmedication zu bringen sind. Auch diese Frage wird sich mit Sicherheit nicht entscheiden lassen.

Für die Annahme eines Morbus Addisonii fehlte jeder Anhaltspunkt.

Die neuritischen Erscheinungen schienen uns am meisten einer alkoholischen Pseudotabes zu entsprechen; die Möglichkeit, dass auch hier eine Nebenwirkung der Arsenbehandlung vorliege, glaubten wir ausschliessen zu müssen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer und früheren Chef Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Neisser für die freundliche Ueberlassung des Falles, sowie für die Unterstützung bei dessen Bearbeitung auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Aus der dermatologischen Klinik des Herrn Prof. Lesser zu Bern.

Zur Aetiologie der Trichorrhexis nodosa.

Von

Dr. C. Bruhns,

z. Z. wissenschaftlichem Assistenten der Klinik für Syphilis der kgl. Charité zu Berlin.

Als uns in der Berner Klinik bei zwei Fällen von Myxoedem eine ausgesprochene Trichorrhexis nodosa des Kopfhaars auffiel, untersuchte ich zur Controle die Haare einer grösseren Anzahl anderer Patientinnen mit ganz verschiedenartigen Erkrankungen. Dabei machte ich die überraschende Wahrnehmung, dass unter dem Krankenmaterial der Klinik, dass sich in der Hauptsache aus dem Canton Bern und den benachbarten Cantonen recrutirte, beim weiblichen Geschlecht die Trichorrhexis nodosa capillitii eine sehr häufig vorkommende Krankheit bildet. Und zwar zeigt sie sich unter zwei im Wesentlichen nur quantitativ verschiedenen Formen:

1. Schon bei verhältnissmässig oberflächlicher makroskopischer Betrachtung der Haare sieht man das hinlänglich bekannte Bild der Trichorrhexis nodosa, bei dem die Haare wie überstäubt erscheinen mit zahlreichen weissen Pünktchen. Dieselben sitzen nahe an den Haarenden, vielfach erscheint das Haar an ihnen spitzwinklig geknickt und reisst bei leichtem Zuge an dieser Stelle ab.

2. Bei oberflächlicher Betrachtung erscheinen die Haare normal und erst nach längerem Suchen entdeckt man eine geringe Anzahl der weissen Pünktchen, im Uebrigen zeigen die erkrankten Haare die gleiche Beschaffenheit, wie bei der ersten Form.

Offenbar handelt es sich ja bei den beiden Formen nur um einen verschiedenen Grad des gleichen Krankheitsprocesses, weshalb eine stricte Trennung nicht durchführbar erscheinen würde. Immerhin ist für das Auge des Beobachters der Totaleindruck in beiden Formen ein so verschiedener, dass dieselben

doch einer Hervorhebung bedürfen. Bei allen den Fällen, die nur eine geringe Anzahl von Knötchen aufwiesen, hätten wir die Trichorrhexis gar nicht bemerkt, wenn wir nicht eigens danach gesucht hätten und es bleibt daher auch die Frage offen, ob diese spärliche Trichorrhexisbildung nicht auch in anderen Gegenden an im Uebrigen normalen weiblichen Kopfhaaren häufig vorkommt. Jedenfalls war auch bei uns die Trichorrhexis mit den reichlichen weissen Pünktchen im Kopfhaar selten im Verhältniss zu der Form mit den spärlichen Knötchen.

An dem mehr oder weniger kurz geschnittenen Kopfhaar der Männer konnte die Trichorrhexis nodosa mit einer weiter unten erwähnten Ausnahme in keinem Falle constatirt werden. Gerade darin, dass bei den Männern die Haare oft geschnitten werden, mag wohl die Ursache des Fehlens der Trichorrhexis liegen. Bei ungefähr 20 Patientinnen mit Trichorrhexis nod. capillitii unterschied sich der histologische Befund der befallenen Haare in Nichts von dem bekannten, oft geschilderten Bild. Die weissen Pünktchen sassen einzeln, oder zu mehreren hintereinander etwa 3 Mm. bis 3 Cm. von der Spitze entfernt, manche auch noch weiter zurück. Mikroskopisch zeigten die Knötchen die zwei ineinander gesteckten Pinseln gleichenden Auffaserungen, die weisslichen Auftreibungen am Ende der zahlreichen abgerissenen Haaren bildeten die eine Hälfte davon. Ausser diesen Trichorrhexisknoten fanden sich fast immer viele Spaltungen der Haare, sowohl derartig, dass sich feine Fasern vom dickeren Stamm seitlich abzweigten, wie auch in der Form, dass sich die Spitzen der Haare in zwei oder mehrere ungefähr gleich starke Aestchen theilten.

Da zur Zeit bei der Trichorrhexis nodosa die Frage der Aetiologie das meiste Interesse in Anspruch nimmt, habe ich an 6 Fällen von Trichorrhexis nodosa capillitii durch Cultur- und Impfverfahren die in den letzten Jahren veröffentlichten bakteriologischen Untersuchungen im Wesentlichen nachgeprüft. Drei meiner Fälle zeigten eine sehr ausgedehnte Trichorrhexis des Kopfhaares, drei jene spärlicheren Knötchenbildungen.

Barlow [1]) hat in seiner jüngst erschienenen Arbeit über Trichorrhexis nodosa kurz die in den letzten Jahren ausge-

[1]) Münchn. med. Wochenschr. 1896. Nr. 26.

sprochenen Ansichten über die Aetiologie dieser Affection ausgeführt. Ich möchte daher hier nur kurz das Nöthigste daraus recapituliren.

Nachdem Wolfberg [1]) 1884 rein mechanische Momente als Ursache für die Trichorrhexis nodosa angesprochen hatte, fand Raymond [2]) 1891 an den Haaren der weiblichen Genitalien einen Diplococcus als Erreger der Trichorrhexis.

Blaschko züchtete laut einer mündlichen Mittheilung an Barlow (1892) einen Pilz aus Trichorrhexis-Haaren des Bartes, den er nicht weiter definirt und nachher in seiner gedruckten Arbeit [3]) nicht wieder erwähnt.

Hodara [4]) gewann bei Trichorrhexis nod. capill. bei einer Constantinopeler Patientin den von ihm Bacillus multiformis Trichorrhexidis genannten Keim, den gleichen fand Spiegler [5]) bei Trichorrhexis nodosa des Bartes und des Kopfhaares.

Essen [6]) züchtete bei einem Fall von Trichorrhexis nodosa des Bartes einen kleinen, von dem Hodara-Spiegler'schen Keim verschiedenen Bacillus, den er in drei Fällen von Trichorrhexis nod. capillitii nicht nachweisen konnte.

Auf dem Grazer derm. Congress 1895 stellt Petersen [7]) als Schlussfolgerung eines Vortrages über Trichorrhexis nodosa auf: „Es handelt sich dabei um eine Ernährungsstörung in den Haaren, die unter anderm auch durch verschiedene Mikroorganismen bewirkt werden kann.

Barlow [8]) endlich neigt sich in seiner Arbeit wieder mehr der Annahme einer mechanischen Entstehung zu; in 3 Fällen von Trichorrhexis nodosa capillitii gelang ihm der Bakteriennachweis nicht.

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1884. Nr. 31.

[2]) Ann. de Derm. et de Syph. 1891 p. 568.

[3]) Ueber die Hygiene der Barbierstuben. Berl. klin. W. 1893 p. 841.

[4]) Ueber die Trichorrhexis des Kopfhaares der Constantinopeler Frauen. Monatsh. f. prakt. Derm. 1894. Bd. 19 p. 173.

[5]) Wiener med. Blätter. 1895 p. 599. Vorläufige Mittheilung.

[6]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1895. Bd. 33 p. 415.

[7]) Citirt nach dem kurzen Referat im Archiv f. Derm. und Syph. Bd. 34 p. 130. Die ausführliche Veröffentlichung liegt bis jetzt, ausser in russ. Sprache im Wratsch, noch nicht vor.

[8]) l. c.

In allerjüngster Zeit theilt Richter [1]) kurz einen an sich selbst beobachteten Fall von Trich. nod. barbae mit, der erst zur Heilung kam, als alles Bürsten und jede sonstige mechanische Reizung der Barthaare möglichst vermieden wurde. Culturen sind hier nicht angelegt worden.

Ich möchte nun zunächst im Folgenden die Art der bisher zur Anwendung gekommenen Cultur- und Impfmethoden und damit im Zusammenhange die Ergebnisse meiner 6 bakteriologisch untersuchten Fälle von Trichorrhexis nod. capillitii einer kurzen Besprechung unterziehen.

A. Culturverfahren.

Die Methoden, die zur Züchtung des eventuellen Trichorrhexis-Mikroorganismus in Anwendung kamen, waren im Wesentlichen zweierlei Art, es war einmal die directe Uebertragung erkrankter Haare auf die Nährböden, andererseits die Uebertragung erkrankter Haare, auf die man vorher Alcohol abs. kürzere oder längere Zeit hatte einwirken lassen. Raymond befolgte nur das Verfahren der directen Uebertragung, Hodara beide Methoden, indem er bei der Alkoholmethode das Haar vor der Impfung auf den Nährboden bis 6 Tage in Alkohol abs. liegen liess, Spiegler ging in derselben Weise wie Hodara vor.

Essen wusch den erkrankten Bart mit Alkohol ab und übertrug die Haare, die theilweise noch in sterilem Wasser abgespült wurden, auf die Nährmedien, von denen er dann wieder abimpfte resp. Verdünnungen anlegte. Barlow versuchte ebenfalls die directe Uebertragung und die Hodara'sche Alkoholmethode, als drittes wandte er noch das von Jadassohn für die Züchtung von Herpes tonsurans-Pilzen angegebene Argentum-Verfahren an.

Ich selbst habe bei jedem meiner Fälle ebenfalls beide Methoden, die der directen Uebertragung und die der Uebertragung von mit Alcohol abs. behandelten Haaren, wie sie Hodara beschreibt, befolgt. Von Nährböden benutzte ich Glycerinagar (theils bei Zimmer-, theils bei Körpertemperatur),

[1]) Münch. med. W. 1896 p. 947.

Gelatine, Kartoffel. Im Ganzen habe ich circa 80 Culturen von den 6 Fällen angelegt. Meine Resultate waren durchaus negativ. Bei dem Alkoholverfahren blieben die von den 6 Fällen beschickten Nährböden vollkommen steril, nachdem die Haare nur 24 Stunden in Alc. abs. gelegen hatten. Ich versuchte die Züchtung auf diese Art 16mal, immer mit negativem Erfolg.

Bei der directen Uebertragung unvorbereiteter Trichorrhexis-Haare ist es mir nicht gelungen, ein Bakterium zu ermitteln, das nur mit einiger Wahrscheinlichkeit als Erreger der Trichorrhexis nodosa anzusprechen wäre. Die Befunde waren in allen Fällen ganz verschiedene. Ich erhielt immer ein Gemisch der verschiedensten Coccen. in 4 Fällen fanden sich auch in geringerer Anzahl Stäbchen von verschiedener Form und Grösse. Es war mir aber durchaus unmöglich, in den 6 Fällen von histologisch ganz übereinstimmender Trichorrhexis oder auch nur in der Mehrheit derselben in dem Bakteriengewirr das sich regelmässig wiederholende Auftreten eines Mikroorganismus zu constatiren.

Im Grunde genommen ist es aber nicht so wunderbar, dass ich mit Anwendung dieser zwei Methoden ein negatives Resultat erhielt, negativ in zwei Richtungen, einmal, indem die Nährböden ganz steril blieben, das andere Mal. indem ein unentwirrbares Gemenge von Bakterien aufging. Denn es ist nicht in Abrede zu stellen, dass beide bisher verwandten Methoden zur Reincultivirung eines noch unbekannten Bakteriums recht ungeeignet erscheinen müssen. Allerdings kennen wir bis jetzt keine bessere. Essen's Modification, den ganzen Bart mit Alcohol abs. abzuwaschen, dann noch das Haar in destillirtem Wasser abzuspülen, und es darauf auf das Nährmedium zu bringen, ist doch im Grunde nichts Anderes als die directe Uebertragung des Haares, da die Wirkung des Alkohols beim Abwaschen des Bartes nur eine ganz oberflächliche sein kann. Und bei der directen Uebertragung des unvorbereiteten Haares muss die Reindarstellung eines Mikroorganismus immer gefährdet erscheinen und oft unmöglich werden durch die Ueberwucherung der zahllosen Verunreinigungen, die dem Haare anhaften. Aus diesem Grunde eben legten Hodara und Spiegler, auch Essen, die Haare erst in Alkohol — Ho-

dara 5—6 Tage — und übertrugen sie dann unmittelbar auf die Nährböden. Sie nahmen an, dass dadurch die Verunreinigungen zu Grunde gingen, während die Trichorrhexiskeime erhalten blieben. Was die Ursache dafür sein soll, dass die verunreinigenden Bakterien im Alkohol absterben, die Trichorrhexis-Erreger aber nicht, darüber finden wir bei Hodara nichts angegeben. Essen sagt, indem er die Alkoholmethode empfiehlt: [1]) „Will man nicht annehmen, dass die Coccen gegen Alkohol empfindlicher sind, als die Bacillen" (gemeint sind Essen's Trich.-Bacillen), „so liegt es nahe, diese Thatsache so zu erklären, dass die Coccen nur der Oberfläche der Haare anhafteten und daher mehr exponirt waren, während die Bacillen vielleicht in der Haarsubstanz versteckt lagen." Dass die erste dieser Annahmen recht willkürlich wäre, geht ja auch aus Essen's Worten hervor, betreffs der zweiten scheint es mir nicht recht klar, warum in den zahllosen Schlupfwinkeln, die die aufgefaserten Trichorrhexis-Knoten für allerlei Mikroorganismen bieten, sich neben den eventuellen Trichorrhexis-Bakterien nicht auch zahlreiche andere auf den Haaren vorkommende Keime ansiedeln sollten, die dann dem Alkohol ebensogut widerstehen könnten, wie die Trichorrhexiserreger.

Somit würde die Alkoholmethode ebenso unsicher behufs Reindarstellung eines die Trichorrhexis nodosa veranlassenden Mikroorganismus sein, wenn sie nicht, wie in meinen Fällen, überhaupt zur Folge hat, dass schon nach 24stündiger Einwirkung jedes Wachsthum von Bacterien aufhört.

Diese Unsicherheit der Methoden erklärt denn auch die bedeutende Abweichung der Resultate der einzelnen Autoren. Wie auch Barlow [2]) hervorhebt, wurden von vier Untersuchern, die bei Trichorrhexis nod. Bacterien züchteten, drei verschiedene Arten von Mikroorganismen gewonnen, nämlich von Raymond ein Diplococcus, von Hodara und Spiegler der Bacillus multiformis Trichorrhexidis, von Essen ein kleiner Bacillus. Jede dieser Keimarten wurde als Erregerin der Trichorrhexis nodosa angesehen. Speciell bei dem Hodara-

---

[1]) l. c. p. 425.
[2]) l. c.

Spiegler'schen Bacterium scheint es mir noch nicht einmal erwiesen, dass dasselbe eine einheitliche Species eines Mikroorganismus darstellt. Hodara selbst sagt, sein Bacterium träte auf „in Form von Pseudococcen und Pseudohefepilzen, von regelmässigen und unregelmässigen Stäbchen, von Hohlkugeln, Kügelchen, Flaschen (selten), Würstchen, von verschieden grossen und formlosen Klümpchen".[1]) Die Hodara's Arbeit beigegebene Abbildung weist entsprechend der Beschreibung eine ausserordentlich differente Beschaffenheit der einzelnen Formen des angeblich einheitlichen Bacteriums auf. Hodara versucht diese Multiformität mit der „verschiedenen Art der Gruppirung der Bacillen" und den „verschiedenen Wachsthumsbedingungen des Keims" zu erklären, doch scheint mir darin kein Beweis zu liegen, dass es sich um eine Mikroorganismenspecies handelt und dass wir es nicht vielmehr bei seinem Bacillus multiformis Trichorrhexidis mit einem Gemisch von ganz verschiedenen Bacterien zu thun haben. Es bleibt noch zu erwähnen, dass die Resultate, die Barlow [2]) bei seinen Culturversuchen erhielt, ganz negativ ausfielen. Mit der Alcoholmethode blieben die Nährböden schon nach 24stündiger Einwirkung des Alc. abs. auf die Haare ganz steril — ebenso wie in meinen Versuchen — auch die oben erwähnte Argentummethode lieferte ein negatives Ergebnis, und die directe Uebertragung unvorbereiteter Haare auf die Nährmedien erzeugte „ein Gemisch der allerverschiedensten Coccen und Bacillen, mit dem absolut nichts anzufangen war."

Nochmals kurz zusammenfassend möchte ich also sagen: Die bisher zur Reindarstellung eines die Trichorrhexis nodosa erzeugenden Mikroorganismus angewendeten Verfahren sind so unsichere, indem sie die Entwicklung zahlreicher Verunreinigungen zulassen, oder überhaupt jedes Bacterienwachsthum hindern, dass die mit diesen Methoden gewonnenen Resultate mit grosser Vorsicht aufgenommen werden müssen.

[1]) l. c. p. 181.
[2]) l. c.

B. Impfungen.

Als sicheres Beweismittel haben wir nun die Impfung. Sobald es einwandfrei gelungen ist, mit dem als Erreger der Trichorrhexis nodosa angesprochenen Mikroorganismus durch Ueberimpfung auf die Haare anderer nicht mit dieser Affection behafteten Individuen Trichorrhexis nodosa zu erzeugen und von diesen jetzt erkrankten Haaren wieder den gleichen Keim zu züchten, so ist der Beweis geliefert, dass wirklich der Erreger jener Haarerkrankung vorliegt.

Alle vier Untersucher, die bei Trichorrhexis ein specifisches Bacterium gefunden zu haben glaubten, haben Impfungen auf andere Haare vorgenommen. Raymond's Versuche fielen ganz negativ aus.] Essen gelang es zwar Trichorrhexis hervorzurufen, indessen konnte er nicht seinen überimpften Bacillus wieder von der neu erzeugten Trichorrhexis züchten. Er selbst hebt daher hervor, dass seine Impfung es nur wahrscheinlich mache, dass sein gefundener Bacillus Trichorrhexis verursache. So bleiben noch Hodara's und Spiegler's Impfungen. Hodara gibt an, mit Culturen seines Bacillus multiformis jene Haarerkrankung erzeugt und auch den Bacillus wieder von den erkrankten Haaren gezüchtet zu haben. Wenn es nun aber, wie ich oben auseinandersetzte, nicht erwiesen erscheint, dass] in dem Bacillus multiformis Trichorrhexis ein einheitlicher Keim vorliegt, sondern wenn es sich dabei um ein Gemisch von Bacillen handelt. das allerlei auch sonst an den Haaren vorkommende Saprophyten enthält, so beweist es auch nichts, wenn Hodara diese Bacterien von den geimpften Haaren wieder gewinnt. Aus Spiegler's bis jetzt nur vorläufiger Mittheilung ist nicht zu ersehen, ob er von den geimpften Haaren seinen specifischen Bacillus wieder züchtete. Jedenfalls würden, da er seinen Bacillus für identisch erklärt mit dem Hodara'schen, hier die gleichen Einwände erhoben werden müssen, wie gegen Hodara's Mikroorganismus. Offen bleibt allerdings die Frage, wie sowohl in Hodara's und Spiegler's Fällen wie auch in dem von Essen die Trichorrhexis in den Haaren der geimpften Personen zu Stande kam. Ich möchte weiter unten noch einmal auf diese Frage zurückkommen.

Ich selbst habe ebenfalls 8 Impfungen ausgeführt. Die eine machte ich in der Weise, dass einer Patientin, mit sehr ausgedehnter Trichorrhexis nodosa, eine grosse Menge derartig erkrankter Haarspitzen abgeschnitten wurden und diese dann mit den Spitzen von einer Anzahl gesunder abgeschnittener weiblicher Kopfhaare intensiv mit den Fingern zusammengerieben wurden. Darauf wurden kranke und gesunde Haare zusammen in ein Stück Mull eingeschlagen und in einem Glasgefäss aufbewahrt.

Die anderen sieben Impfungen habe ich nur der Vollständigkeit halber gemacht. Denn da ich nicht einmal einen einheitlichen Mikroorganismus gewonnen hatte, sondern höchstens daran denken konnte, dass in dem aufgegangenen Bacteriengemisch der eventuelle Trichorrhexis-Erreger mit vorhanden wäre, boten diese Impfungen von vornherein nicht viel Aussicht auf positive Resultate. Mit dem auf Agarplatten weiter gezüchteten und reichlich gewachsenen Bacteriengemisch von 3 verschiedenen Fällen von Trichorrhexis nodosa bestrich ich das eine Mal die Haarspitzen des Kopfhaars einer Frau, bei drei weiteren Versuchen die dicht am Kopf abgeschnittenen Haare eines jungen Mädchens, ferner die Kopfhaare zweier Männer und endlich bei einem Manne noch den Schnurrbart.

Mit einer gleich zu erwähnenden kleinen Einschränkung fielen alle acht Impfungen negativ aus, nach 50—55 Tagen hatte sich keine Trichorrhexis entwickelt.

Wegen des negativen Ausfalles kann ich es unterlassen, des Näheren auf die Art, wie ich die Impfungen ausführte, einzugehen. Hervorheben möchte ich aber, dass man auch nicht berechtigt ist, aus dem negativen Ausfall derartiger Impfungen ohne Weiteres einen Beweis gegen die bacterielle Aetiologie der Trichorrhexis zu ziehen, da man als Ursache dieses negativen Ergebnisses allerlei Nebenumstände, z. B. das zufällige Nicht-Haften der fraglichen Keime u. a. m. nicht ausschliessen kann.

Die Einschränkung, die ich betreffs des negativen Resultates der Impfungen machen muss, ist die folgende: Bei dem einen geimpften Mann wurde am 20. Tag nach der Impfung im Kopfhaar nach längerem Suchen ein Haar entdeckt, das ca.

2 Mm. vor dem Ende eine Trichorrhexis-Stelle aufwies, die auch mikroskopisch das typische Bild zeigte. Bei sehr ausgiebigem Suchen konnte später, bis 55 Tage nach der Impfung kein Trichorrhexis-Haar wieder gefunden werden. Bei der Uebertragung dieses Haares auf Agar wuchs ein Gemisch von Coccen, die im Wesentlichen grösser waren, als die zur Impfung verwendeten. Da nun unter allen 8 Impfungen nur bei einem Falle und auch hier nur bei einem Haar ein Trichorrhexis-Knoten sich zeigte, so glaube ich, dass man hierauf nicht zu viel Werth legen kann, vielmehr ist die Möglichkeit doch nicht auszuschliessen, dass dieses eine Trichorrhexis-Haar schon vor der Impfung vorhanden war und nicht bemerkt wurde.

Die Resultate meiner Impfungen ändern demnach nichts an dem Nachweis, den ich oben zu führen versuchte, nämlich, dass jedenfalls die bisher in der Frage der Aetiologie der Trichorrhexis nodosa vorgenommenen Impfungen auf die Haare anderer Individuen noch nicht hinreichend beweisen, dass die Trichorrhexis nodosa eine auf bacterieller Ursache beruhende Haarerkrankung ist.

Im Gegensatz zu den citirten Arbeiten, die den parasitären Ursprung der Trichorrhexis darzuthun versuchen, möchte ich jetzt auch einige Momente im Vorkommen dieser Haaraffection hinweisen, die für eine andere Aetiologie sprechen. Drei Punkte sind es, die ich hier anführen will.

Zunächst ist es auffallend, dass die meisten Fälle von Spindelhaaren complicirt sind mit einer Trichorrhexis nodosa.

Beatty und Scott[1]) haben aus der Literatur unter Zufügung einer eigenen Beobachtung 25 Fälle von Spindelhaaren zusammengestellt. Zu diesen 25 kommen noch 7 weitere von Lesser auf dem zweiten deutschen dermatologischen Congress mitgetheilte Fälle,[2]) welche aus drei getrennt lebenden, aber untereinander verwandten Familien stammten. Unter-

---

[1]) Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. 15 p. 207.

[2]) Verhandl. der deutschen dermat. Gesellschaft. Zweiter u. dritter Congress p. 248.

suchen wir jetzt, wie häufig das Vorhandensein von Trichorrhexis nodosa bei diesen Fällen von Spindelhaaren constatirt ist, so können wir allerdings nicht alle derselben zu dieser Zählung heranziehen. In 8 unter den 25 von Beatty gesammelten Fällen gehen die Beobachter gar nicht näher auf die Beschaffenheit der Spindelhaare ein, sondern erwähnen nur das Vorkommen derselben in der Discussion nach ausführlicher Mittheilung einer anderen Beobachtung von Spindelhaaren (2 Fälle von Kaposi, 3 von Vidal, 1 von Unna, 1 von Bulkley[1]) und 1 von Arnozan.[2]) Ferner wird in der Mittheilung von Hallopeau und Lefèvre[3]) nur gesagt, dass hier „die gewöhnlichen Symptome" dieser Haaranomalie vorhanden waren. So bleiben unter den von Beatty citirten Fällen noch 16, die mehr oder weniger ausführlich beschrieben sind. In 14 derselben finden wir die Angabe, dass die Haare Trichorrhexis zeigten oder leicht an den Internodien abbrachen.

Ebenso ist in der Lesser'schen Mittheilung auf dem zweiten Congress hervorgehoben, dass sich Trichorrhexis an den Spindelhaaren zeigte. Herr Prof. Lesser, der von 6 der 7 Fälle noch Spindelhaare zur Verfügung hatte, überliess mir dieselben freundlichst zur nochmaligen Untersuchung, gleichzeitig mit den Spindelhaaren seines früheren Falles[4]) (Nr. 19 der Beatty'schen Zusammenstellung). An jedem einzelnen der 6 späteren Fälle konnte ich Trichorrhexis nodosa in beginnendem oder ganz ausgebildetem Stadium constatiren, ebenso wie an dem früheren Fall. Aus der Untersuchung aller dieser Spindelhaare ging nun ferner deutlich hervor, dass das Abbrechen derselben mit mehr oder weniger scharfer Fläche und das Brechen mit typischem Trichorrhexispinsel offenbar als gleichartiger Process anzusehen ist und nicht, wie manche Beobachter annehmen, zwei principiell zu trennende Vorgänge darstellt. Ich konnte — immer an dem Ort der stärksten Einschnürungen der Haare — beobachten, dass sich an einigen Stellen Einrisse der Cuticula zeigten, die sich in ziemlich

[1]) Sämmtlich in der Discussion nach Thin's Vortrag über Spindelhaare. Trans. internat. med. Congress. 1881. Vol. III p. 190.
[2]) Brit. Journ. Dermatol. Vol. II p. 160.
[3]) Ibid.
[4]) Vierteljahrsschrift für Derm. u. Syph. 1885 p. 655.

scharfer Linie kreisförmig um das Haar herumzogen, an andern Stellen klaffte ein Stück eines Einrisses stärker, so dass das Haar in einem Theil seiner Dicke auseinandergebrochen erschien. Wieder an andern Stellen war das Haar vollkommen in seiner Continuität getrennt, u. zw. entweder mit scharfen Bruchflächen oder mit Bruchflächen mit leichter Auffaserung der Haarenden oder mit stärkerer Auffaserung oder endlich mit typischen pinselförmigen Trichorrhexisknoten. Kurz, zwischen dem Abbrechen mit scharfen Flächen und dem mit ausgeprägten Trichorrhexisknoten konnte ich zahlreiche Uebergangsformen an den Haaren finden. Man kann sich auch ganz gut vorstellen, dass die Bruchfläche verschieden wird je nach der Art des mechanischen Insultes, beim plötzlichen Brechen des Haares wird sie scharf, beim allmäligen Biegen bis zum schliesslichen Brechen splittern die einzelnen Fasern nach und nach ab. Dass es sich trotz der verschiedenen Bruchflächen um den gleichartigen Process handelt, wird noch wahrscheinlicher dadurch, dass ich beide Varietäten an den Haaren des gleichen Falles, ja sogar mehrfach an ein und demselben Haar fand. Es würde mehr als gesucht erscheinen, die Brüchigkeit bei einem Haar auf zweierlei Erkrankungsprocesse zurückzuführen. Und es ist wahrscheinlich, dass es nur auf einen Zufall beruht, wenn den Beobachtern, die die Spindelhaare nur als „brüchig" bezeichnen, keine Formen zu Gesicht kamen, die die pinselartigen Auffaserungen der Trichorrhexis zeigten.

Man kann sich also den Modus des mechanischen Zustandekommens der Trichorrhexis bei Spindelhaaren wohl vorstellen. Wenn wir nun berücksichtigen, dass bei fast allen ausführlicher untersuchten Fällen von Spindelhaaren typische Trichorrhexis nodosa, resp. Brüchigkeit der Haare festgestellt wurde, wenn diese Erscheinung also zu den fast oder ganz regelmässigen Eigenschaften der Spindelhaare gehört, so ist damit die Annahme einer allein auf Bakterienwirkung beruhenden Entstehung der Trichorrhexis natürlich ausgeschlossen.

Lesser hat schon in seiner ersten Veröffentlichung 1885 [1], hervorgehoben, dass der Sitz der Trichorrhexisknoten bei den

Spindelhaaren durchaus für eine mechanische Entstehungsursache spricht. Alle Beobachter, die überhaupt den Ort der Bruchstellen angeben, stimmen darin überein, dass sich dieselben nur an den Internodien, d. i. an den Orten der geringsten Widerstandsfähigkeit des Haares gegen mechanische Insulte, findet. Also auch hierin liegt ein Moment, welches die parasitäre Aetiologie unwahrscheinlich macht.

Ein weiterer Punkt, der gegen eine bakterielle Aetiologie der Trichorrhexis spricht, ist eine Beobachtung, welche Räuber [1]) zu machen Gelegenheit hatte. Bei einem Epileptiker bemerkte er eine im Zusammenhang mit den Anfällen periodisch auftretende Haarveränderung der vorher ganz gesunden Haare in der Weise, dass das Haar kraus wurde, seine Farbe veränderte, seinen Glanz verlor und reichliche Trichorrhexisknoten, die auch mikroskopisch das typische Bild zeigten, aufwies. Räuber konnte diese Haarveränderung bei drei Anfällen constatiren, wobei er auch jedesmal neue Trichorrhexisknoten sich bilden sah. Gleichzeitig gelang es ihm, an den veränderten krausen Haaren, die noch keine Trichorrhexis zeigten, durch Drehen und Reiben zwischen den Fingerspitzen künstlich Trichorrhexis nodosa zu erzeugen, während er dies nicht vermochte an den unverändert gebliebenen Haaren. Er fasst diesen ganzen Process der periodischen Haarveränderung als einen atrophischen Vorgang, eine Ernährungsstörung auf, gleichsam als die Folge einer Eintrocknung in Folge Unterbrechung des Ernährungsstromes im Haar, hervorgerufen durch nervöse Einflüsse.

Endlich muss noch ein dritter Punkt hier mit erwähnt werden. Barlow hat in der oben citirten Arbeit auf das häufige Vorkommen von Trichorrhexis nodosa in schon etwas verbrauchten Bürsten, die, soweit dies überhaupt constatirt werden kann, nie mit an Trichorrhexis erkrankten Haaren in Berührung gekommen waren, hingewiesen, während er an neuen Bürsten nie diese Veränderung fand. Ich selbst konnte das Vorhandensein von Trichorrhexis an einigen schon längere Zeit im Gebrauch befindlichen Bürsten bestätigen, die ebenfalls nie

---

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 97 p. 50.

mit trichorrhexiskranken Haaren in Berührung gekommen waren, und zwar handelte es sich ausser Haar- und Bartbürsten auch um Kleider- und Zahnbürsten. Auch dieses Vorkommen macht doch eine parasitäre Veranlassung recht unwahrscheinlich.

Worin soll man also die Ursache der Trichorrhexis nodosa suchen? Man muss zugeben, dass die Theorie einer rein mechanischen Veranlassung, wie sie Wolfberg[1]) aufstellt, auch nicht die genügende Erklärung gibt. Wolfberg schliesst seine Ausführungen mit dem Satz: „Es lässt sich nicht bestreiten, dass die Misshandlung markhaltiger Haare durch Reiben die Trichorrhexis nodosa hervorruft, sowie dass dieses ätiologische Moment für alle bisherigen Fälle zur Erklärung ausreicht.“ Bei dieser Auffassung bleibt immer die Frage offen: Warum haben einige Leute Trichorrhexis, andere nicht, während doch kein Grund zu der Annahme vorliegt, dass Erstere ihre Haare mehr misshandeln als Letztere. Und warum vor Allem behalten Jene oft ihre Trichorrhexis, nachdem sie sich den kranken Bart rasieren liessen und den neu wachsenden doch gewiss meist mit der grössten Vorsicht behandelten. Wir müssen daher annehmen, dass ein constitutionelles Moment, eine gewisse Disposition zur Trichorrhexis vorhanden sein muss und dass überall, wo dieselbe vorhanden ist, durch secundäre Ursachen — hierher gehören wohl in erster Linie mechanische Reize — Trichorrhexis herbeigeführt werden kann. Diese Disposition scheint in gewissen Ernährungsstörungen, vielleicht in abnormer Trockenheit der Haare begründet zu sein, und dann wäre die Trichorrhexis den Spaltungen der Haare an ihren Enden, der Trichoptilosis, an die Seite zu setzen, umsomehr, da beide Zustände an den Kopfhaaren der gleichen Person zusammen vorkommen, wie die Mehrzahl unserer Berner Fälle bestätigt. Schon Bärensprung[2]) hat die Ansicht ausgesprochen, dass die Brüchigkeit der Haare — welche hier genau so geschildert ist, wie wir heute das Bild der Trichorrhexis nodosa beschreiben — als eine Ernährungsstörung auf-

[1]) l. c.

[2]) Charité-Annalen. Bd. VI p. 129. 1855.

zufassen sei. Dass bei einer solchen Disposition mechanische Reize nicht ohne Einfluss sind, manchmal vielleicht erst die Trichorrhexis entstehen lassen, machen die Wolfberg'schen Beobachtungen, ferner die an gebrauchten Bürsten, nicht aber an neuen vorkommende Trichorrhexis wahrscheinlich. Ebenso spricht, wie erwähnt, bei den Spindelhaaren der Sitz der Trichorrhexis an den Internodien für eine mechanische Einwirkung. Hier bedarf es wohl gar keiner besonderen Schädlichkeit, das Kämmen und Bürsten der Haare allein mag genügt haben, um letztere an den am wenigsten widerstandsfähigen, nämlich den dünnsten Stellen abbrechen zu lassen. Das mechanische Moment als secundäre Veranlassung lässt sich übrigens bei den Essen'schen Impfexperimenten, wie auch Barlow hervorhebt, nicht ganz sicher ausschalten. Essen nahm die Impfung so vor, dass er 14 Mal in 3 Monaten den Belag einer Kartoffelcultur seines Bacillus dem zu impfenden Mann in den Backenbart einrieb. Bei Hodara lässt sich dieser Einwand nicht erheben, da er nur einmal seine Gelatinecultur aufstrich, aus der vorläufigen Mittheilung Spiegler's lässt sich der Modus seiner Impfungen nicht ersehen. Wodurch bei den vorgenommenen Impfungen mit positivem Ergebniss die Trichorrhexis zu Stande kam, lässt sich natürlich schwer erklären; dass die Impfresultate nicht den Beweis liefern, dass der betreffende substituirte Keim die Veranlassung war, habe ich oben auseinanderzusetzen versucht.

Ich erwähnte am Anfang, dass wir das Vorkommen der Trichorrhexis nodosa zuerst an Fällen von Myxoedem bemerkt hatten. Hier lag der Gedanke nahe, dass diese Haarveränderung in einer Ernährungsstörung begründet wäre, die im Zusammenhang stände mit dem allgemeinen kachektischen Zustand und den sonstigen Störungen der Hautbeschaffenheit bei Myxoedem. Die weitere Untersuchung lehrte jedoch, dass die Trichorrhexis ebenso vorkam bei Fällen von kleinen Ulcera cruris varicosa, Ekzema manuum, leicht verlaufender Lues etc. wie bei schweren Krankheitszuständen, bei Phthisis pulm. u. a. Danach wäre die Annahme, dass Trichorrhexis eher gefunden wird bei Zuständen, die mit allgemeinem Marasmus des Körpers verlaufen, nicht berechtigt.

Zum Schluss möchte ich das in den obigen Ausführungen gesagte kurz noch einmal zusammenstellen:

1. Die Trichorrhexis nodosa capillitii ist in Bern und Umgebung eine bei weiblichen Individuen sehr häufig beobachtete Haarerkrankung.

2. Durch die bisher bakteriologisch untersuchten Fälle von Trichorrhexis nodosa und die im Anschluss daran vorgenommenen Impfungen ist noch nicht erwiesen, dass die Trichorrhexis durch ein specifisches Bakterium hervorgerufen wird.

3. Mir ist es nicht gelungen, in 6 nach den bisher in Anwendung gekommenen Methoden bakteriologisch untersuchten Fällen von Trichorrhexis nodosa capillitii ein Bakterium als Ursache dieser Haaraffection zu ermitteln, noch durch Impfungen von diesen Fällen auf die Haare anderer Menschen Trichorrhexis hervorzubringen.

4. Dagegen sprechen einige Thatsachen sehr gegen eine bakterielle Aetiologie:

a) Das in den meisten Fällen von Spindelhaaren beschriebene Auftreten von Trichorrhexis nodosa, die hier immer an den Stellen der geringsten Widerstandsfähigkeit des Haares, nämlich am Ort der stärksten Einschnürung, localisirt ist.

b) Das von Räuber beschriebene, bei einem Epileptiker periodisch in Verbindung mit dessen Anfällen sich wiederholende Auftreten von Trichorrhexis nodosa.

c) Das häufige Vorkommen von Trichorrhexis nodosa an den Haaren gebrauchter Bürsten, nicht aber an neuen Bürsten (Barlow).

5. Andererseits ist es durchaus unwahrscheinlich, dass nur mechanische Ursachen die Trichorrhexis nodosa bewirken. Man muss daher annehmen, dass eine gewisse Disposition der Haare, die wahrscheinlich auf einer Ernährungsstörung beruht, vorhanden sein muss, auf Grund derer erst secundäre Ursachen — allerdings wohl in erster Linie mechanische Reize — die Trichorrhexis erzeugen.

Zum Schluss erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Lesser für die Ueberlassung des Materials und seine freundlichen Rathschläge bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Ueber die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser.[1]

Von

Dr. J. Jundell und C. G. Åhman in Stockholm.

Nachdem Neisser[2]) 1879 die Gonococcen entdeckt hatte, wurde, was die Cultur derselben betrifft, der erste grosse Fortschritt von Bumm[3]) gemacht, dem die Reinzüchtung der Gonococcen auf menschlichem Blutserum gelang. Bumm war auch der erste, der Inoculationsversuche an Menschen mit positivem Resultat anstellte. Bockhart[4]) versuchte die Reinzüchtung der Gonococcen mittelst des Plattenverfahrens, wobei er Mischungen von Menschenserum und Agar anwandte. Die Ergebnisse seiner Versuche sind zweifelhaft. Hierauf kam Wertheim[5]) mit erfolgreichen Versuchen. Blutserum, welches bis zu 40° C. erwärmt und mit gonorrhoischem Eiter inficirt worden war, wurde mit Agar untermischt, das er bei dieser Temperatur flüssig hielt. Von der Mischung wurden Platten

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Schwedischen Gesellschaft der Aerzte am 21. April 1896.

[2]) Centralblatt für die medic. Wissenschaften. 1879. Nr. 28.

[3]) Der Mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhautentzündung: „Gonococcus Neisser". 1885. 2. Aufl. 1887.

[4]) Beitrag zur Kenntniss der Gonococcen. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Band V. 1886 Nr. 10.

[5]) Deutsche medicin. Wochenschrift. 1891 und Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe. Archiv f. Gynäkologie. 1892.

gegossen, auf denen Wertheim isolirte Colonien von Gonococcen erhielt. Wertheim zeigte, dass die Gonococcen am besten auf einer Mischung von 2 bis 3 Theilen Agar und 1 Theil Menschenserum wuchsen und dass diese Mischung für ihre Züchtung besser als blosses Menschenserum war. Wertheim machte 5 Inoculationsversuche an Menschen, alle mit positivem Resultat. Wichtige Modificationen der Wertheimschen Methode wurden von Finger, Ghon und Schlagenhaufer[1]) gemacht, welche Gonococcencultur dadurch erhielten, dass sie etwas Eiter auf einen kleinen Platinspatel nahmen und ihn damit auf vorher gegossene Platten ausstrichen. Dadurch wurde die bei Wertheim's Methode nothwendige, aber für die Gonococcen „lebensgefährliche" Erhitzung bis zu 40° C. vermieden, welche die Wertheim'sche Methode unsicher machte. Finger, Ghon und Schlagenhaufer zeigten auch, dass sich anstatt des schwer zu beschaffenden Menschenserums, wenn auch nicht mit gleich gutem Erfolge, steriler Harn und Agar, in den gleichen Mengen wie Serum und Agar gemischt, anwenden lassen. Die genannten Verfasser wandten auch Pfeiffer's Blutagar mit positivem Ergebniss an.

Ungefähr gleichzeitig gab Franz Král in Prag im Archiv für Dermatologie und Syphilis eine vereinfachte Methode für die Herstellung von Nahrungssubstraten für Gonococcen an. Serum wurde mit Agar gemischt, bis zu 100° C. erhitzt, filtrirt und sterilisirt. Dieses that Král in dem Glauben, dass die bei der Erhitzung ausfallenden Eiweisskörper für die Gonococcencultur nicht nöthig seien. Král hat keine Inoculationsversuche an Menschen angestellt. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen sind zweifelhaft. Ganz sicher unrichtig sind die im Centralblatt für Bakterien- und Parasitenkunde im Juli 1894 veröffentlichten Angaben des Spaniers Turró, nach welchen ungemischter steriler Harn ein guter Nahrungsboden für die Gonococcen sei, die Gonococcen bei gewöhnlicher Zimmertemperatur auf saurer Gelatine wachsen und bei Hunden, in die Urethra derselben eingeimpft, Urethritis und oft Cystitis, Pyelo-

[1]) Beiträge zur Biologie des Gonococcus etc. I. Zur Cultivirung des Gonococcus. Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. 28. 1894.

nephritis und allgemeine Pyämie hervorrufen. Inoculationsversuche an Menschen hat Turró nicht gemacht. Wir haben die Richtigkeit seiner Angaben nicht zu constatiren vermocht. Im März 1895 berichtete Kiefer über seine Untersuchungen (referirt in der Berliner klin. Wochenschrift). Kiefer wendete die Ausstrichmethode von Finger, Ghon und Schlagenhaufer an, für deren Erleichterung er sich eines mehr peptonhaltigen (5 Proc.) und mehr festen (3—4 Proc.) Agars bediente, in welches er ein Drittheil Ascitesflüssigkeit mischte, die einer fractionirten Sterilisation unterworfen worden war. Wir haben durch ein genaues aseptisches Verfahren den Ascites sofort steril bekommen. Im Vergleich mit dem Menschenserum sind der Ascites und die ebenfalls anwendbaren inflammatorischen Exsudate relativ leicht zu beschaffen. In Uebereinstimmung mit der von Wertheim, Finger, Ghon und Schlagenhaufer ausgesprochenen Ansicht von der Begehrlichkeit der Gonococcen nach Pepton hat Kiefer sein Agar mit 5 Proc. Pepton versetzt.

Eigene Untersuchungen.

Bei unseren Untersuchungen, die wir angestellt haben, um zu erfahren, welchen praktischen Werth die verschiedenen Methoden der Reincultivirung der Gonococcen besitzen, versuchten wir zuerst Turró's Methode, die uns die einfachste zu sein schien. Wir unterwarfen Urin fractionirter Sterilisirung durch Erhitzung bei 85° C. und brachten dann Trippereiter hinein. Ebenso liessen wir den Patienten in eine sterile Probirröhre harnen. Nach Turró bekommt man in beiden Fällen in der oberen klaren Schicht eine nahezu volle Reincultur von Gonococcen. Dadurch, dass man nun eine Platinöse von der Oberfläche in einem Glase aushebt und in neuen sterilen Harn bringt und dass man dieses mehreremale wiederholt, sollte man also Reinculturen von Gonococcen erhalten, ganz ebenso, wie man solche von Cholerabakterien in Peptonwasser erhält. Wir machten in dieser Weise zahlreiche und energische Versuche und wir bekamen auch, wenn nicht absolute Reinculturen von Gonococcen, so doch wenigstens Culturen von Diplococcen, die

den Gonococcen sehr ähnlich waren. Dieselben waren jedoch nur mit Schwierigkeit nach Gram's Methode abzufärben. Die Gonococcen färben sich dagegen mit grosser Leichtigkeit, in einem nicht allzu dicken Präparat sicher in 15 Secunden ab. Die genannten Diplococcen liessen sich übrigens auf den gewöhnlichen Substraten, wie Agar, Gelatine, Fleischbrühe u. s. w. cultiviren, was zusammen mit den anderen Umständen sicher zeigt, dass es keine Gonococcen sind, was man mit Turró's Verfahrungsweise erhält. Hierauf prüften wir Wertheim's Methode, wobei wir uns Serum in der von Bumm vorgeschlagenen Weise durch Auspressen von Placenten verschafften. Gleichzeitig erhielten wir sterilen Ascites von einem Patienten mit Lebercirrhosis. Durch diesen Ascites liess sich mit Vortheil das Menschenserum ersetzen. Mit ihm machten wir Plattenculturen nach Wertheim's Methode, wobei wir 2proc. Glycerinagar anwandten. Wir machten fünf solche Versuche und es gelang uns, bei zweien davon Gonococcencolonien zu erhalten, die sowohl makro- wie mikroskopisch mit Wertheim's Beschreibungen übereinstimmten. Die Schwierigkeiten und die Unsicherheit der Wertheim'schen Methode einsehend, wendeten wir uns der Finger'schen Ausstrichmethode zu, wobei wir zugleich Rücksicht auf die Vortheile nahmen, die nach Kiefer durch ein festeres Nahrungssubstrat und einen höheren Peptongehalt gewonnen werden. Wir fabricirten deshalb Agar nach Kiefer's Recept (3—3½ Proc. Agar. 5 Proc. Pepton, 2 Proc. Glycerin, neutrale Reaction). Diesen Agar haben wir nachher immer angewendet und als ausgezeichnet befunden. Wir mischten zuerst einen Theil Menschenserum und zwei Theile Agar zusammen und stellten dann mit dieser Mischung zwei Versuche mit gutem Erfolge an. Auf Grund der Schwierigkeit, Menschenserum zu erhalten, ist diese Methode unpraktisch, weshalb wir zu einer Mischung von 1 Theil Ascites und 2 Theilen Agar, nach Kiefer's Vorschrift bereitet, übergingen. Diese Mischung wurde in Petri'schen Schalen zu Platten gegossen. Auf diese Platten wurden Strichculturen nach Finger durch Bestreichen des Nährsubstrates mit einem Platinspatel, auf welchen etwas gonorrhoischer Eiter aufgenommen worden war, angelegt. In den Strichen

erhielten wir reichliche und gut isolirte Culturen von Gonococcen, die hier ebenso gut wie auf Mischungen von Menschenserum und Agar vegetirten. Nach dieser Methode untersuchten wir 45 männliche Gonorrhoeen, von denen die meisten acut oder subacut und nur eine geringere Anzahl chronisch waren. Bei diesen 45 Patienten misslang die Cultur in 3 Fällen. Der eine dieser 3 Fälle war eine chronische Gonorrhoe, wo Gonococcen mikroskopisch nicht nachgewiesen werden konnten und wahrscheinlich auch nicht vorhanden waren. In einem anderen chronischen Fall wurden Gonococcen in der Cultur erhalten, obschon sich mikroskopisch im Secret keine nachweisen liessen. Ausser in den genannten Fällen von Tripper haben wir die Methode in 3 Fällen von Vulvovaginitis und in einem Fall von Bartholinitis bei Kindern, wo überall ein positives Resultat erhalten wurde, sowie in 1 Falle von Blennorrhoea neonatorum, ebenfalls mit positivem Resultat, geprüft. [1])

Um uns zu vergewissern, dass wir in unseren Culturen wirklich Gonococcen hatten, haben wir einen Inoculationsversuch an einem hierfür Geeigneten, einem altem Syphiliskranken mit tertiären Symptomen, gemacht. Eine Reincultur, 3. Generation, wurde am 22. März im Krankenhause St.

[1]) Nachdem wir diesen Vortrag gehalten hatten, haben wir noch 6 Culturversuche mit männlichen Gonorrhoeen, 2 mit Vulvovaginitis und 1 mit Bartholinitis, alle mit positivem Resultat, gemacht. Ebenso haben wir verschiedene Fälle von Prostatitis untersucht, wobei wir in folgender Weise vorgegangen sind: Zuerst wurde mit dem Catheter die Pars pendula der Urethra ausgespült, worauf der Patient eine kleine Menge Harn liess, der das Secret aus dem hinteren Theile der Urethra mitnahm, welches nach Centrifugirung sowohl direct mikroskopisch, wie durch Culturversuche untersucht wurde. Hiernach wurde die Prostata von Rectum aus massirt, worauf der Patient wieder eine geringe Menge Harn liess, der mehr oder weniger reichlich Prostatasecret enthielt, das nach der Centrifugirung ebenfalls direct mikroskopisch und durch Culturversuche untersucht wurde. In einem der in dieser Weise untersuchten 5 Fälle wurden vom Prostatasecret Gonococcenculturen erhalten, obwohl mikroskopisch weder darin, noch anderwärts Gonococcen nachgewiesen werden konnten. In einem anderen Fall wurden Gonococcen im Prostatasecret sowohl bei der mikroskopischen, wie bei der bakteriologischen Untersuchung gefunden. Die übrigen 3 Fälle gaben bei der Untersuchung nach beiden Methoden ein negatives Resultat.

Göran in die Urethra dieses Patienten, der nie eine Gonorrhoe gehabt, mit dem Resultate inoculirt, dass sich bei ihm am Tage darauf eine Gonorrhoe einstellte, die einen gelinden Verlauf nahm, von der er aber jetzt, nach einem Monat, noch nicht hergestellt ist. Von dieser artificiellen Gonorrhoe haben wir wiederholentlich Reinculturen von Gonococcen erhalten. Wir theilen hier die Tagesaufzeichnungen über diesen Fall mit.

Den 23./3. Schwacher purulenter Fluss; Gonococcen theils frei, theils in Zellen.

Den 24./3. Vermehrter purulenter Fluss; Gonococcen in grosser Menge, in Zellen gruppirt. Culturen auf Ascitesagar. Behandlung mit Bleizinklösung.

Den 25./3. Vermehrter Fluss, unbedeutende inflammatorische Veränderungen; weder Morgen noch Mittag Gonococcen in dem purulenten Secret zu entdecken.

Den 26./3. Dicker purulenter Fluss; Gonococcen in Menge.

Den 27./3. Dicker purulenter Fluss; die Inflammation gering; Gonococcen in geringer Zahl.

Den 30./3. Reichlicher purulenter Fluss; Gonococcen in geringer Zahl.

Den 4./4. Dicker mucopurulenter Fluss.

Den 8./4. Geringer purulenter Fluss; Culturen auf Ascitesagar.

Den 9./4. Sehr unbedeutender Fluss.

Den 15./4. Spärlicher purulenter Fluss; Culturen auf Ascitesagar.

Den 25./4. Nach der Haltung dieses Vortrages und nachdem der Patient 2 Ausspülungen nach Janet bekommen hatte, waren Gonococcen sowohl direct im Secret, wie durch Cultur nachweisbar. [1])

Was das Aussehen der Gonococcenculturen betrifft, so haben wir den von Finger und Kiefer gegebenen Beschreibungen derselben wenig hinzuzufügen. Die Strichculturen bilden kleine punktförmige, bis stecknadelkopfgrosse Höcker, die oft im Striche zu einer einzigen Masse zusammenwachsen. Zuweilen messen jedoch die isolirten Colonien 3—4 Mm. im Diameter. In auffallendem Lichte sehen sie graulich-gelatinös aus, einen stärkeren oder schwächeren hellbraunen Anstrich zeigend, in durchfallendem Lichte sind sie mehr blaugrau und stark lichtbrechend. Im Mikroskop bei schwacher Vergrösserung gesehen, zeigen sie Anfangs einen unregelmässig gekerbten, später, wenn sie ausgewachsen sind, einen gebuch-

---

[1]) Noch im Juli 1896 war der Patient nicht hergestellt und Gonococcen liessen sich im Secret nachweisen.

teten, zuweilen gefalteten Rand. In der Mitte sind sie grobkörnig, in der Peripherie feinkörnig. Sehr charakteristisch sind durch die Colonien laufende, jedoch nicht immer vorkommende radiäre Streifen.

Mit den solcher Weise gewonnenen Culturen haben wir nun experimentirt, um zu sehen, ob die Gonococcen auch auf anderen Substraten wachsen. Kein, auch nicht das geringste Wachssthum haben wir auf Gelatine (saurer sowohl wie alkalischer), Fleischbrühe oder sterilem Harn (saure Reaction) gesehen. Auf gewöhnlichem Agar haben wir ein einziges Mal eine sehr unbedeutende Cultur erhalten. Dagegen wachsen die Gonococcen vortrefflich in einer Mischung von Fleischbrühe und Ascites (2 zu 1) sowohl bei alkalischer, wie saurer Reaction und auf Pfeiffer's Blutagar.

Von grossem praktischen Werthe für die Reincultivirung und Isolirung der Gonococcen ist die Harnagarmethode von Finger, Ghon und Schlagenhaufer. Wir unterwarfen gewöhnlichen sauren Harn einer fractionären Sterilisirung bei 85° C. Auf einer Mischung von 1 Theil Harn und 2 Theilen von Kiefer's Agar brachten wir nach Ausstreichung von gonorrhoischem Eiter die Gonococcen, freilich nicht immer, zum Wachsen. Des Vergleiches wegen führten wir eine Serie von Versuchen so aus, dass wir, nachdem wir gonorrhoischen Eiter auf eine Platte Ascitesagar ausgestrichen hatten, von demselben Eiter eine Ausstreichung auch auf eine Platte Harnagar machten. Wir stellten 9 solche Versuche an. Bei allen diesen 9 Versuchen erhielten wir auf den Ascitesagarplatten reichliche Gonococcencolonien, wogegen wir auf den Harnagarplatten nur in 3 Fällen und dann auch nur sehr kleine und geringzählige Colonien von Gonococcen bekamen. Aus diesem Grunde sehen wir Harnagar als für die Reincultur von Gonococcen zu diagnostischen Zwecken unanwendbar an.

Anstatt des Ascites kann man auch inflammatorische Exsudate anwenden. Wir haben mit dem besten Erfolg den Erguss von einer, wie nachher bei der Obduction constatirt wurde, serösen Peritonitis, die in Folge einer vorhergegangenen Perforation eines Ulcus ventriculi entstanden war, angewandt, welcher Erguss aseptisch aufgesammelt wurde und steril ver-

blieb. Nach Nicolaisen (Hospitalstidende, April 1896) kann man in derselben Weise pleuritische Exsudate anwenden. Král's Angabe, dass Agar, in welchem sich alle Bestandtheile des Blutserums, ausser den Eiweissstoffen, finden, zur Gonococcencultur angewendet werden kann, nahmen wir zum Ausgangspunkt für einen Versuch mit einer Mischung, die wir aus 2 Theilen von Kiefer's Agar und 1 Theil Ascites herstellten, bis zu 100° C. erhitzten, filtrirten und sterilisirten, wodurch wir ein Substrat erhielten, in dem sich mit Ausnahme der Eiweissstoffe alle Bestandtheile des Ascites fanden. Auf diesem Substrat erhielten wir indessen keine Gonococcenculturen, was zu erwarten war, da nach Finger's Experimenten die Eiweissstoffe des Serums einen der hauptsächlichsten Nahrungsstoffe der Gonococcen bilden. Wir betrachten es deshalb für wahrscheinlich, dass Král, wie viele Andere, in seinen Culturen keine Gonococcen, sondern ihnen ähnelnde Diplococcen gehabt hat.

Die mikroskopische Diagnose der Gonococcen gründet sich auf Folgendes: Sie liegen in Gruppen in den Zellen, was wir auch bei der Injection von Reinculturen in das Peritoneum von Ratten, 12 Stunden nach der Injection wahrgenommen haben. Ein anderes Diagnosticum ist die Beweglichkeit der Gonococcen im hängenden Tropfen sowie auch, und ganz besonders, der Umstand, dass sie nach Gram's Färbungsmethode entfärbt werden. Viele andere Diplococcen lassen sich zwar auch nach Gram's Methode entfärben, dies jedoch nur mit grösserer, oder geringerer Schwierigkeit. Färbt man dagegen die Gonococcen mit Gentianaviolett, gleichgiltig wie lange, behandelt sie nachher mit Gram's Jodlösung und färbt sie mit Alkohol ab, so schwindet die Farbe, wenn das Präparat dünn ist, beinahe auf einmal, in 10—15 Secunden. Ein gutes Charakteristicum ist auch der schnelle Zerfall in der Cultur. Während die Peripherie einer Cultur lebt, besteht die Mitte derselben aus Involutions- und abgestorbenen Formen, die sich durch ihre verschiedene Grösse sowie oft vorkommende Anschwellung und den schliesslich eintretenden Verlust des Vermögens sich mit Methylenblau zu färben auszeichnen. Hiervon kann man sich leicht durch ein Klatschpräparat überzeugen.

Ueber Behandlung der Gonorrhoe mit Wärme.

Ueber die Temperaturen, bei denen die Gonococcen wachsen, resp. absterben, sind unsere Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Nur eine bei verschiedenen Verfassern vorkommende Angabe wollen wir schon jetzt etwas näher untersuchen. Diese Verfasser behaupten, dass die Gonorrhoe sich bei hohem Fieber verbessert und schlagen vor, sie mit Wärme zu behandeln. Dr. Welander hat uns mündlich mitgetheilt, dass er klinische Beobachtungen in entgegengesetzter Richtung gemacht habe. Auf seine Aufforderung haben wir deshalb einige Beobachtungen bei Gonorrhoepatienten gemacht, die gleichzeitig Ulcus molle hatten und deshalb mit Wärme behandelt wurden.

Diese Fälle sind folgende:

Fall I. Gonorrhoe und weicher Schanker.

Den 8./4. Mässiger purulenter Fluss, wenige Gonococcen im Präparat; Reinculturen werden angelegt und geben positives Resultat. Der Patient wird mit Wärme behandelt.

Den 9./4. Nach 21-stündiger Anwendung von Wärme reichlicher purulenter Fluss. Zahlreiche Gonococcen im Präparat. Die Temperatur in der Urethra 40° C. Reichliche Culturen.

Den 11./4. Nach 70-stündiger Anwendung von Wärme reichlicher purulenter Fluss. Gonococcen in reichlicher Menge im Secret. Reichliche Culturen. Die Temperatur in der Urethra 40° C.

Fall II. Gonorrhoe und weicher Schanker.

Den 9./4. Spärliches Secret. Einzelne Gonococcen im Präparat. Der Patient wird mit Wärme behandelt.

Den 10./4. Mehr Gonococcen im Präparat.

Den 11./4. Lebhafter purulenter Fluss. Die Temper. in der Urethra 40·2° C. Reinculturen.

Fall III. Gonorrhoe und weicher Schanker.

Den 16./4. Mässiger Fluss, Gonococcen in geringer Menge im Präparat. Reinculturen. Behandlung mit Wärme.

Den 17./4. Nach 24-stündiger Behandlung mit Wärme vermehrter Fluss. Gonococcen in reichlicher Menge im Präparat. Die Temperatur in der Urethra 40·2° C.

Den 18./4. Nach 48-stünd. Behandlung mit Wärme; Reinculturen.

Fall IV. Gonorrhoe und weicher Schanker.

Nach 48-stündiger Behandlung mit Wärme reichliche Culturen. Die Temperatur in der Urethra 39·6° C.

Fall V. Gonorrhoe und weicher Schanker.

Nach 24-stündiger Behandlung mit Wärme spärliche Culturen auf Ascitesagar. Nach 48-stündiger Anwendung von Wärme reichliche Culturen. Die Temperatur in der Urethra 40·2° C.

Diese Beobachtungen sprechen nicht für die Behandlung der Gonorrhoe mit Wärme. Auch wenn es wahr wäre, dass die Gonococcen in der Cultur 40° Wärme nicht vertragen, so ist es doch immerhin unrichtig, hieraus zu schliessen, dass sie in einer inflammirten Schleimhaut bei derselben Temperatur sterben. Sie leben dort ganz sicher unter günstigeren Verhältnissen, als auf den artificiellen Nahrungssubstraten.

Ueber einen Fall multipler Angiombildung.

Von

Dr. **Karl Kopp,**
Privatdocent in München.

Nicht selten sieht man auf der Haut älterer Individuen besonders am Stamme und den Extremitäten, meist als zufälligen Befund bei einer aus anderen Gründen vorgenommenen Untersuchung, kleine miliare, auch wohl knötchenförmige Teleangiektasien, welche symptomlos durch Jahre bestehen, und sich auch wohl hier und dort spontan zurückbilden können. Andererseits ist auch die Entstehung kleiner oft von einem Injectionshofe umgebener Teleangiektasien auf der zarten Gesichtshaut jugendlicher Individuen nichts seltenes, und pflegt in diesen Fällen meist ein unbedeutendes Trauma den Anstoss zur Entstehung zu geben. Dagegen gehört der von mir sofort zu beschreibende Fall von multipler disseminirter gleichsam eruptiv in relativ kurzer Frist entstandener Angiomentwicklung bei einem neunzehnjährigen jungen Manne gewiss zu den selteneren Vorkommnissen, und dürfte die Mittheilung der kurzen Krankengeschichte und des objectiven Befundes daher nicht ohne Interesse sein.

In der Literatur habe ich ein Analogon dazu nicht auffinden können. Die Fälle von Tanturri, Hillairet und Vidal dürften sich, wie aus einer Vergleichung mit dem von mir beobachteten Krankheitsbilde hervorgeht, nicht mit diesem

decken, am ehesten vielleicht noch der Fall von Vidal, welcher die Annahme einer neuropathischen Aetiologie nahe legt. Besnier und Doyon sprechen in etwas dunkler Weise von diffusen generalisirten Teleangiektasien, welche sie als Vorläufer gewisser schwerer maligner Dermatosen noch unbekannter Natur gesehen haben wollen.[1]) Auch der von K. Ullmann[2]) vor Kurzem in diesem Archiv mitgetheilte Fall unterscheidet sich von meinem speciell durch seine Localisation, welche ausser anderen Gründen für den fissuralen Charakter dieser Neubildungen sprechen dürfte. Bei Ullmann's Fall handelt es sich um eine Patientin im beginnenden Klimakterium, in meinem Falle um ein jugendliches Individuum in der Pubertätsperiode. Die Beziehungen zwischen Genitalsphäre und Hautorgan sind noch vielfach dunkel; dass aber solche bestehen, ist kaum zu bezweifeln, und es erscheint mir sehr wahrscheinlich, dass auch in der Aetiologie meines Falles die Entwicklung der Pubertät von Einfluss auf die Entstehung der bestehenden Anomalie gewesen sein dürfte.

Der junge Mann J. K., Kaufmann, 19 Jahre alt, aus einer kleinen Provinzialstadt Schwabens, welcher mir durch Herrn Dr. Morgenstern hier freundlichst zugeführt wurde, war stets gesund, und ist auch in seiner Familie eine ähnliche Erkrankung nie beobachtet worden. Die ersten Veränderungen bemerkte er vor circa eineinhalb Jahren an der Haut des Scrotum und der untern Extremitäten in Gestalt kleiner, kaum nadelstichgrosser rother Stippchen, welche gleich bei der ersten Beobachtung in sehr grosser Anzahl in Form einzelner discret stehender, über das normale Hautniveau zunächst nicht, hervortretender Flecke beobachtet wurden. Subjective Symptome fehlten dabei gänzlich, ein ursächliches Moment ist seitens des Patienten auch nicht einmal vermuthungsweise anzugeben, und er legte der Sache anfangs absolut keine Bedeutung bei, und dachte, die kleinen Flecke würden sich wohl von selbst wieder verlieren. Zu seinem Erstaunen bemerkte er aber im Laufe der nächsten Monate eine sehr wesentliche Vermehrung der Eruption, eine Ausbreitung über immer grössere Flächen des Stammes und der Extremitäten, und was ihn am meisten und nicht ohne Grund beunruhigte, ein Wachsthum zahlreicher älterer Efflorescenzen sowohl nach der Fläche als nach der Höhe zu; dabei wurde die Färbung der wachsenden Tumoren immer dunkler und sind zur Zeit der Vorstellung des Kranken einige dreissig grössere und kleinere dunkelkirschrothe Geschwülstchen mit unregel-

[1]) Besnier et Doyon, in der Uebersetzung des Kaposi'schen Lehrbuchs. II. edit. Vol. II p. 357. Anm.

[2]) Dieses Archiv. XXXV. p. 195.

mässig höckeriger Oberfläche zu constatiren, während dazwischen geradezu zahllose stippchenartige, an Flohstiche erinnernde rothe Flecken den ganzen Stamm und die Extremitäten mit Bevorzugung der Beugeseiten bedecken, deren teleangiektasische Natur gegenüber einer Purpura pulicosa bei starker Lupenvergrösserung, dann aber mit aller Sicherheit festgestellt werden kann. Der grösste Tumor findet sich am Scrotum und hat etwa die Dimension von 1 Cm. Durchmesser und ½ Cm. Höhe, die kleineren sind von Linsen- bis Gerstenkorngrösse, sämmtlich leicht compressibel, auf Fingerdruck resp. Glasdruck abblassend, und erweisen sich somit klinisch als erworbene Angiome oder Teleangiektasien. Das fortschreitende Wachsthum der bereits entwickelten Tumoren, die rasche Entwicklung neuer Tumoren aus den Stippchen (es sind innerhalb dreier Wochen sieben Geschwülstchen recenter Bildung beobachtet worden) und der Umstand, dass die kleinen Wucherungen ausserordentlich leicht durch mechanische Momente verletzt werden, und dann z. B. durch unvorsichtiges Kratzen, ja selbst bei energischem Wachen zu unangenehmen weil langedauernden Blutungen Veranlassung geben, beunruhigen den Patienten in hohem Grade. Nach den Mittheilungen des sehr intelligenten Patienten, an dessen Angaben zu zweifeln ein Grund nicht vorliegt, kann man von einer thatsächlich eruptiven Entwicklung der Angiome sprechen. — Zu meinem Bedauern konnte ich den Kranken nicht weiter verfolgen, er war damals gezwungen, nach der Schweiz zu verreisen; ich gab ihm damals einige Adressen an mir bekannte Fachcollegen, auch sagte der Kranke zu, bei seiner Rückkehr sich der von mir empfohlenen elektrolytischen Behandlung unterziehen zu wollen, doch habe ich nichts weiteres von ihm vernommen.

Die sehr genau vorgenommene klinische Untersuchung ergab einen Anhaltspunkt zur Erklärung der merkwürdigen Dermatose nicht. Herz, Nieren, Nervensystem zeigen durchaus normale Function, wie auch sonst der mässig kräftig gebaute noch nicht voll entwickelte junge Mann einen durchaus gesunden Eindruck machte und während der ganzen Dauer der Hautanomalie sich absolut frei von subjectiven Beschwerden fühlte. Von Interesse ist, wie bereits angedeutet, der Beginn der Erkrankung mit der Pubertätsentwicklung, und weiterhin das gänzliche Freibleiben des Gesichtes des behaarten Kopfes und der Halsregion, wo auch nicht das kleinste Stippchen, geschweige denn ein erhabenes Angiom nachweisbar wäre.

Therapeutisch sehe ich keine bessere Möglichkeit, als einen Spontanrückgang, oder doch einen spontanen Stillstand in der Entwicklung des Leidens abzuwarten, und in der Zwischenzeit die sich neubildenden grösseren Tumoren, sowie die zur Zeit

vorhandenen auf elektrolytischem oder galvanocaustischem Wege zu zerstören. Die Excision eines Tumors zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung wurde mir vom Kranken verweigert. Es ist das zu bedauern, weil damit doch vielleicht die Möglichkeit einer präciseren Diagnose (auch mit Rücksicht auf das eventuelle Vorhandensein eines malignen Elementes) gegeben wäre. Klinisch kann ich nur von einfachen flachen und knotigen Teleangiektasien sprechen.

Mittheilung über eine neue Behandlungsweise des Lupus erythematosus.[1])

Von

Dr. **Josef Schütz** in Frankfurt a. M.

Fälle von Lupus erythematosus sind in ihrem Verlauf recht verschieden. Selten beeinflusst ein und dasselbe Heilmittel zwei Fälle hintereinander in gleicher Weise günstig. Im Gegentheil, die heutige Therapie ist bisher aufs Probiren und Alterniren angewiesen und lässt nicht selten ganz im Stich. Es gibt Formen, wie Rosenthal[2]) eine beschrieb, bei welcher man sich nach langem Abmühen sagen muss: es ist alles Bekannte versucht worden ohne mehr als vorübergehenden Erfolg. Die ganze Sachlage drängt dann dazu, einmal abzulassen von der ärztlichen Offensive und dem defensiven Verhalten eines zielbewussten Nichtsthuns sich zuzuwenden, äussere Schädlichkeiten fernzuhalten, durch indifferente milde Deckpasten Reizzustände zu mildern. Auffallenderweise tritt nun wie zum Hohn auf die ärztliche Kunst Besserung ein. Die Erkenntniss bricht durch, dass jedwede Therapie des Lupus erythematosus, wenn sie ein individuelles Mass an Intensität oder Dauer überschreitet, nichts nützt, sondern schadet. Seit dieser Erfahrung habe ich es längst vermieden, unsere Erkrankung mit stärkeren Causticis oder operativen Eingriffen zu traktiren. Sie schaffen oft hässliche und unnöthige Narben. Sie erzeugen Randreactionen, welche die Ausbreitung nur beschleunigen.

---

[1]) Auf der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Frankfurt a. M.

[2]) O. Rosenthal. Deutsche medic. Wochenschr. 1887. Nr. 19. — Protokoll des II. intern. Congr. f. Derm. u. Syph. 5.—10. Sept. 1892. Wien.

Vor 5 Jahren bemerkte ich, dass ganz schwache wässrige Arsenlösungen auf die Haut gepinselt bei einer Anzahl von Hauterkrankungen so heftige Entzündungen erzeugen, wie ich sie nach meinen bisherigen pharmakologischen Erfahrungen einfach für unmöglich gehalten habe. Habe ich doch oft bei anderer Gelegenheit stärkere Lösungen injicirt, einnehmen lassen, ohne nennenswerthe Irritation. Ein frischer nicht vorbehandelter Lupus erythematosus, der nirgends ulcerirt war, wurde durch einmaliges Aufpinseln einer Solutio Fowleri innerhalb 24 Stunden in eine Art Eczema crustosum et madidans seinem Aussehen nach verwandelt. Die gesunde Haut blieb unbehelligt. Weitere Controlversuche bestätigten dies. Nach 10 Tagen waren die Reizsymptome vollständig zurückgegangen, die Krankheitserscheinungen auffallend gebessert. Es stand für mich fest, dass eine Aetzwirkung im gewöhnlichen Sinne so etwas nicht fertig bringe. Dies wurde noch klarer, als im Laufe weiterer Beobachtung sich zeigte, dass sich der Lupus erythematosus dann gerade am schnellsten zurückbildete, wenn mit immer schwächeren Arsenlösungen gepinselt wurde. Diejenige Lösung wirkt am raschesten, welche eine möglichst geringe Reaction bewirkt. Meist handelt es sich um eine 4 bis 6fache Verdünnung der Solutio Fowleri, was einer Arsenlösung von 1 : 400 bzl. 600 entspricht. Ich habe es auf 9 Fälle gebracht, welche mit derartig schwachen Lösungen behandelt wurden. Sämmtliche 9 Fälle ohne Ausnahme reagirten in derselben Weise. Alle heilten. Ein Recidiv hat sich nicht gemeldet. Krankengeschichten würden zuweit führen. Der Verlauf ist so übereinstimmend, dass man überdies schon heute eine generelle Darstellung geben darf.

Ich nehme Solutio Fowleri 4.0 — Aqu. dest. 20.0 – 30.0 — Chloroform gtts. II. Die Lösung wird umgeschüttelt und Morgens und Abends aufgepinselt. Die Lösung lässt man eintrocknen. Der Chloroformzusatz dient zur Haltbarkeit. Arsenigsaures Kali in Lösung zerstört zwar energisch einige Bakterienarten, schimmelt aber selbst leicht. Am ersten und zweiten Tag merkt man nach dem Pinseln an der kranken Stelle noch nichts. Am vierten bis sechsten Tag zeigt sich leichte Schwellung, vermehrte Röthe, Empfindlichkeit. Das genügt. Man hört auf zu pinseln, pudert oder pastet. Es

kommt dann nicht zu wässrigen Ausschwitzungen. In weiteren 4 bis 8 Tagen geht die Schwellung zurück. Das Terrain blasst ab und schuppt. Ein neuer Turnus von Pinselungen folgt u. s. f. Nach jedem Turnus ist die krankhafte Congestion eine geringere. In 6 bis 8 Wochen ist die Besserung stets eine auffallende. In 10 bis 11 Wochen erscheint meist der Lupus erythematosus geheilt. Irgend welche Narben sind nicht entstanden. Wo noch keine spontane narbige Atrophie früher bereits vorhanden war, ist die Krankheit spurlos beseitigt.

Die Vorzüge des Verfahrens sind klar: vor allem Sicherheit des Erfolges. Möglich, dass auch unserem Verfahren Fälle trotzen. Lupus erythematosus der Handrücken hatte ich noch nicht Gelegenheit damit zu behandeln. An Gesicht, Ohr, Kopfhaut, Hals hat Arsenik stets prompt gewirkt. Sodann ist die Arsenpinselung wenig belästigend. Ein kleiner Quartaner mit Lupus erythematosus auf beiden Backen hat nicht eine Stunde Versäumniss im Unterricht während der Cur zu nehmen brauchen. Empfindliche Damen waren nur zur kurzen Zeit der Reaction gesellschaftlich gehindert. Eine einzige Nebenwirkung wurde gemeldet. Die betreffende Dame, welche einen sehr ausgebreiteten Krankheitsherd am Kopf hatte, klagte nach jeder vierten Pinselung über Kopfschmerz, welcher schliesslich immer in eine zornige Gemüthsstimmung ausklang. Immerhin rathe ich auf diese isolirte Wahrnehmung Bedacht zu nehmen. Meine anfängliche diesbezügliche Auffassung einer hysterischen Verstimmung war irrig.

So nutzlos es in der Medicin sich erweist, zu einem bestimmten Zweck Arzneien gewissermassen synthetisch darzustellen, so fruchtbringend und lohnend ist es, empirisch Gefundenes mit den Lehren der Pharmakologie und pathologischem Substrat in Einklang zu bringen. Nach Binz und Schulz wirkt Arsen durch stete Reduction und Oxydation: Die arsenige Säure wird Arsensäure, letztere wieder arsenige Säure. Dieses wechselvolle Spiel findet statt, wann und wo Arsen mit vitalem Protoplasma in Beziehung tritt, je nach Vitalität verschieden energisch. Die protoplasmareichsten Zellen werden am meisten angegriffen: so Niere und Leber bei der Intoxication, so die weichen Zellen der malignen Geschwülste bei Injectionen und

durch die kosmische Paste, so gewisse Krankheitserreger z. B. der Malaria bei innerer Darreichung. Arsen wirkt elektiv. Für uns, die wir mit so schwachen Lösungen vorgehen, ist sodann aus der Binz'schen Theorie die weitere Folgerung bemerkenswerth, dass bei all diesen Vorgängen das Arsen sich eigentlich passiv verhält, nur den Zwischenträger spielt für das eigentliche Gift, das die kranke Zelle selbst sich bereitet, den Sauerstoff. Je protoplasmareicher die Zellen, je höher ihre Stoffwechselenergie, um so mehr Sauerstoff haben sie zu verlieren. Da bei den Reductionen und Oxydationen das Arsen als solches gewissermassen als festes Radicale stehen bleibt, nicht mehr nicht weniger wird, ist es klar, wie so ganz kleine Mengen Arsen relativ bedeutende Wirkungen entfalten können. Ein und dieselbe kleine Menge Arsen activirt eben immer neuen Sauerstoff.

Die Binz'sche Theorie erklärt also vollkommen, was wir bei unserer Behandlung des Lupus erythematosus sahen: 1. relativ bedeutende Reactionen nach Aufpinselung stark verdünnter Lösungen, 2. die elektive Wirkung, die Gesundes schont, Narben verhütet, 3. das proportionale Verhalten von Reactionsheftigkeit und Krankheitsintensität.

Zu erklären bliebe, warum gerade beim Lupus erythematosus die Chancen der definitiven Abtheilung günstiger liegen als bei sonstigen äusserlichen Arsenwirkungen auf andere Dermatosen. Hierüber gibt die Histologie Aufschluss. Beim Lupus erythematosus handelt es sich um entzündliche herdförmige Zellinfiltrate längs der Blutgefässe mit der Besonderheit, dass diese 1. ganz oberflächlich liegen und 2. an den jüngsten Stellen, den Orten der Ausbreitung der Oberfläche am nächsten, also am leichtesten zugänglich sind. Eigene histologische Untersuchungen und Photogramme eines total exstirpirten Lupus erythematosus, die ich[1]) 1890 unterbreitete, zeigen dies deutlich.

Nach alledem ist die anfänglich auffallende äusserliche Wirkung des Arsens auf den Lupus erythematosus durchaus erklärlich.

---

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph. XXII.

Die Bremer Controlstrasse.

Ein Beitrag zur Frage der Casernirung der Prostituirten.

Von

Dr. **Sonnenburg** in Bremen.

In Bremen (mit ungefähr 150.000 Einwohnern und 1500 Mann Militär) besteht seit dem Jahre 1878 ein eigenartiges System der Kasernirung der Prostituirten in einer Controlstrasse, das, soweit ich mich in der Literatur umgesehen habe, nirgends in gleicher Weise durchgeführt ist. Um so mehr dürften einige statistische Notizen über die hiesigen Verhältnisse interessiren, die sehr zu Gunsten unserer Einrichtungen sprechen, obgleich man dieselben als noch verbesserungsfähig bezeichnen muss.

Die Uebelstände, welche in früheren Jahren die frei in den engen Gassen und Schlupfwinkeln der alten Stadttheile wohnenden Prostituirten herbeiführten, nachdem man sie aus den Hauptstrassen und besseren Stadttheilen verwiesen hatte, waren derartige, dass die Polizei sich 1878 entschloss, die öffentlichen Mädchen ganz von der übrigen Bevölkerung zu isoliren. Man schloss einen Vertrag mit einem Bauunternehmer, welchem eine kleine neue, bis dahin noch wenig bewohnte Strasse in der sehr belebten östlichen Vorstadt — die Helenenstrasse — gehörte. Diese Strasse ist eine Querstrasse der Hauptverkehrstrasse der östlichen Stadt und besteht aus kleinen Häuschen mit Vorgärtchen; sie wurde als Verkehrsweg gesperrt, d. h. als sogenannte Sackgasse eingerichtet. Die Häuser wurden vollständig geräumt, für die Prostituirten eingerichtet und im Herbst 1878 bezogen. Sie enthalten ein Souterrain mit Küche, eine aus 3 gut möblirten Zimmern bestehende Wohnung im Hochparterre und eine einfacher eingerichtete ähnliche Wohnung im ersten Stock. Der Eigenthümer bezieht für die untere möblirte Wohnung eine Tagesmiethe von 6 Mark, für die obere eine von 4 Mark; jede darf nur von einer einzelnen Prostituirten benutzt werden. Die Zimmer sind hell und geräumig; die Bewohnerinen werden streng zur Ordnung und Reinlichkeit angehalten. Ausser den Prostituirten darf Niemand in der Strasse wohnen; ein Haus ist als Local für die ärztlichen Untersuchungen eingerichtet

(grosses Untersuchungszimmer und Vorzimmer), welche zweimal wöchentlich stattfinden und zu welchen alle Bewohnerinnen der Strasse erscheinen müssen. Eine scharfe Instruction verbietet den Prostituirten jede Anlockung von Männern, jeden Verkehr mit Zuhältern, den Verkauf oder das Verabreichen von Getränken und Spirituosen an ihre Besucher und dergl. mehr. Die Kosten der Untersuchungen haben die Prostituirten selbst zu tragen; sie müssen an eine Casse für jede Untersuchung 50 Pfg. bezahlen.

Herr Dr. W. O. Focke in Bremen, der 1890 an einer Commission der Brandenburgischen Aerztekammer über die Frage der besseren Regelung des Prostitutionswesens und Massregeln gegen die Ausbreitung der Syphilis theilgenommen hat, berichtete damals (laut Correspondenzblatt der Brandenburgischen Aerztekammer April 1892) über die Bremer Verhältnisse und sagte u. A. über die hiesigen Einrichtungen Folgendes:

„Die Behörden sind niemals darüber im Zweifel gewesen, dass diese Einrichtung nach der bisherigen Gesetzgebung unstatthaft ist; namentlich die Staatsanwaltschaft hat ernste Bedenken darüber geäussert. Es ist indessen bisher gelungen, einen offenen Conflict zu verhüten. Die thatsächliche Behandlung, welche die Prostitution erfährt, dürfte übrigens auch an anderen Orten schwer mit dem Buchstaben des Gesetzes in Einklang zu bringen sein.

In sanitärer Beziehung bietet die Controlstrasse in Bremen die gleichen Vortheile wie ein gut gehaltenes Bordell. Die Einrichtung der Controlstrasse ist ursprünglich nur aus polizeilichen Gründen und ohne jede Mitwirkung der Aerzte erfolgt; in den ersten Jahren behielten sich die Aerzte meistens ihr Urtheil über die Zweckmässigkeit der noch unerprobten Neuerung vor und erkannten nur die ausserordentliche Verbesserung der Wohnungsverhältnisse für die Prostituirten an. Es hat sich aber herausgestellt, dass nicht allein die Erziehung der Mädchen zur Ordnung und Reinlichkeit von grossem hygienischen Werthe ist, sondern dass sich auch die sanitäre Controle in viel wirksamerer Weise durchführen lässt, als dies früher bei zerstreutem Wohnen möglich war. Die wichtigsten Vortheile der Bremer Einrichtungen liegen allerdings auf polizeilichem Gebiete.

Gegenüber den Bordellen bietet dieselbe den wesentlichen Vortheil, dass kein Unternehmer da ist, der ein unmittelbares geschäftliches Interesse an der Förderung der Unzucht hat und daher durch Agenten und Kupplerinen an der Verführung der männlichen wie der weiblichen Jugend zu arbeiten genöthigt ist. Der Eigenthümer der Strasse in Bremen hat keinen wesentlichen Einfluss auf den Besuch derselben und hat auch nur indirect — je nachdem die Wohnungen alle besetzt sind oder nicht — pecuniären Vortheil aus einem stärkeren Zudrang zu derselben. Man kann die Controlstrasse etwa als eine möglichst rein gehaltene sexuelle Bedürfnissanstalt betrachten. Es wird Niemandem verwehrt oder erschwert, sie zu benutzen, aber es sind alle Verlockungen vermieden, welche Unerfahrene zu einem Besuche verführen könnten.

Das Einzelwohnen der Prostituirten und die Uebersichtlichkeit der ganzen Strasse erschweren es ungemein, dort grössere Orgien zu veranstalten. Grobe Unordnungen und Ausschreitungen kommen verhältnissmässig selten vor."

Die Controlstrasse besteht in der geschilderten Weise seit 1878 auch jetzt noch unverändert fort, allerdings unter dem häufigen Protest der umwohnenden Bevölkerung, welcher der Gedanke an diese directe Nachbarschaft gerade nicht angenehm ist. Die Strasse wird durchschnittlich von 50 Prostituirten bewohnt; es findet ein lebhafter Wechsel unter denselben statt, doch wohnen einige auch schon längere Zeit dort; die älteste Prostituirte ist 51 Jahre (!) alt und seit 1879 in der Strasse ansässig.

Die Prostituirten melden sich zur Aufnahme in die Helenenstrasse meistens freiwillig; sie werden jedoch auch in selteneren Fällen zwangsweise angewiesen dort zu wohnen, falls die verhängten Haftstrafen und die Correctionshaft nicht vermögen, sie vom Wege der gewerbsmässigen Unzucht abzubringen.

Frei wohnende Prostituirte werden von der Polizei in Bremen nicht geduldet.

Aus den Untersuchungsbüchern der Polizeiärzte, die mir freundlichst überlassen wurden, stellte ich fest, dass von 1864—1871 im Ganzen 87 Prostituirte controlirt wurden; von 1871—1876 war ihre Zahl 66. Seit 1878 (Einrichtung der Controlstrasse) ist die durchschnittliche Zahl 50.

Die polizeiärztliche Untersuchung der Prostituirten findet zweimal wöchentlich in der Helenenstrasse so statt, dass jede Prostituirte auf dem gynäkologischen Untersuchungstisch mittels des Speculums untersucht wird. Der Untersuchungsbefund wird sofort in das Untersuchungsbuch eingetragen. Eine Untersuchung auf Gonococcen konnte bis jetzt nicht stattfinden, doch werden nicht nur die sicher krank befundenen, sondern auch die verdächtigen Frauenzimmer sofort in die Krankenanstalt gebracht, die einzige Anstalt, in der Kranke mit frischen venerischen Leiden Aufnahme finden.

Um nun ein Urtheil über die Wirksamkeit der hiesigen Control-Einrichtungen fällen zu können, habe ich die Journale der Krankenanstalt zu Bremen aus den letzten 20 Jahren durchgesehen; ferner habe ich die Militärstatistik und die Untersuchungsbücher der Polizeiärzte zu Hilfe genommen.

Die Journale der Krankenanstalt ergeben folgende Tabellen I und II. (Unter „venerischen Erkrankungen" fasse ich in diesen Tabellen alle nicht syphilitischen Geschlechtskrankheiten zusammen.)

Tabelle I.

Zahl der in der Krankenanstalt zu Bremen behandelten venerischen Männer.

Nr.	Jahr	Syphilis	Venerische Erkrankung	Zusammen
1	1875	28	54	82
2	1876	24	32	56
3	1877	21	52	73
4	1878	47	50	97
5	1879	45	61	106
6	1880	40	50	90
7	1881	36	59	95
8	1882	39	45	84
9	1883	29	36	65
10	1884	30	36	66
11	1885	31	42	73
12	1886	30	40	70
13	1887	19	47	66
14	1888	24	57	81
15	1889	30	73	103
16	1890	40	78	118
17	1891	55	104	159
18	1892	42	87	129
19	1893	43	87	130
20	1894	38	68	106
	von 1875 bis 1894	691	1158	1849

Tabelle II.

Zahl der in der Krankenanstalt zu Bremen behandelten venerischen Frauen:

Nr.	Jahr	Prostituirte			Nicht Prostituirte			Im Ganzen behandelte Frauen an		
		Syphilis	Vener. Erkrank.	Zusammen	Syphilis	Vener. Erkrank.	Zusammen	Syphilis	Vener. Erkrank.	Zusammen
1	1874	12	52	64	16	18	34	28	70	98
2	1876	6	27	33	16	19	35	22	46	68
3	1877	7	31	38	15	46	61	22	67	99
4	1878	11	54	65	28	58	86	39	112	151
5	1879	22	94	116	36	66	102	58	160	218
6	1880	20	70	90	49	59	108	69	129	198
7	1881	11	82	93	40	90	130	51	172	223
8	1882	5	42	47	44	81	125	49	123	172
9	1883	1	74	75	40	74	114	41	148	189
10	1884	7	71	78	29	42	71	36	113	149
11	1885	8	48	56	16	45	61	24	93	117
12	1886	11	63	74	13	32	45	24	95	119
13	1887	8	41	49	10	38	48	18	79	97
14	1888	4	59	63	12	43	55	16	102	118
15	1889	3	38	41	14	47	61	17	85	102
16	1890	—	76	76	29	59	88	29	135	164
17	1891	3	50	53	39	82	121	42	132	174
18	1892	3	71	74	33	103	136	36	174	210
19	1893	1	65	66	36	61	97	37	126	163
20	1894	—	40	40	28	63	91	28	103	131
	von 1874 bis 1894	143	1148	1291	543	1126	1669	686	2274	2960

In den [illegible] Jahren 1874 resp. 1877 bis 1894 wurden also [illegible] venerisch erkrankte Männer und Frauen in der Krankenanstalt zu Bremen behandelt, darunter waren [illegible] syphilitisch, [illegible] an anderen venerischen Krankheiten. Die Zahlen der Tabellen I und II [illegible] derartig, dass man nicht [illegible] einer wesentlichen Abnahme oder Zunahme der venerischen Erkrankungen in Bremen während eines bestimmten Zeitraumes sprechen kann. Auffällig ist die geringe Zahl von Syphiliserkrankungen unter den [illegible] in den letzten 7 Jahren.

Die Militärstatistik ergiebt für Bremen sehr günstige Resultate:

[illegible] theilt in seiner Arbeit „Ueber den Einfluss der Kasernirung der Prostituirten auf die Ausbreitung der Syphilis" (Arch. f. Derm. und Syph. XXXI. Bd., 3. Heft [illegible]) in Tabelle V den statistischen Sanitätsbericht über die königl. preussische Armee [illegible] bis [illegible] mit und zwar für die grösseren Garnisonen, unter denen auch Bremen aufgenommen ist. Ich habe durch die gütigen Mittheilungen des Herrn Stabsarztes Dr. [illegible] diese Statistik für Bremen auch für die Jahre 1892/93, 1893/94 und 1894/95 fortsetzen können:

Tabelle III.

Venerische Erkrankungen in der Garnison Bremen.

Jahr	Kopfzahl der Garnison	Venerische Krankheiten im Ganzen	Davon an constitut. Syphilis	Auf 1000 Kopfstärke kommen	
				venerische Krankheiten im Ganzen	davon an Syphilis
1882/83	677	18	4	26.6	5.9
1883/84	664	14	2	21.1	3.0
1884/85	694	13	1	18.7	1.4
1885/86	672	10	1	14.9	1.5
1886/87	664	11	5	16.6	7.5
1887/88	726	13	2	17.9	2.8
1888/89	695	15	3	21.6	4.3
1889/90	709	23	4	32.4	5.6
1892/93	680	26	6	38.2	8.8
1893/94	1082	42	6	38.8	5.5
1894/95	1529	20	3	13.0	1.9
			im Mittel	23.6	4.3

In der Statistik Miehe's nimmt die Garnison Bremen unter den 26 grossen Städten für die venerischen Krankheiten überhaupt die viertbeste, für die Syphilis sogar die drittbeste Stelle ein.

Auch die Militärstatistik zeigt ein derartiges Schwanken der Erkrankungsziffern in den einzelnen Jahren, dass man keine stetige Zu- oder Abnahme der venerischen Krankheiten für einen bestimmten Zeitraum constatiren kann. Auch hier fällt die geringe Zahl von Syphilisfällen auf.

Inwieweit nun überhaupt in der Bevölkerung Bremens die venerischen Krankheiten verbreitet sind, lässt sich nicht nachweisen. Denn die in Tabelle I und II enthaltenen Zahlen der Krankenanstalt geben natürlich nur einen Bruchtheil der wirklichen Erkrankungsziffer an. Uebereinstimmend mit den relativ günstigen Zahlen der Militärstatistik ist die Ansicht der hiesigen Aerzte, dass wir nicht übermässig viel Syphilis in Bremen haben. Dies wird auch durch folgende Mittheilung der Ortskrankencasse bestätigt, obgleich auch diese Zahlen nur bedingte Giltigkeit haben, da sich ja viele Mitglieder der Ortskrankencasse bei venerischen Leiden privatim behandeln lassen; sobald die Krankheit Erwerbsunfähigkeit bedingt, nehmen die Cassenmitglieder schon leichter die Hilfe der Casse in Anspruch. Im Jahre 1893 waren von 2565 erwerbsunfähigen Kranken der Ortskrankencasse nur 27 mit Syphilis behaftet, im Jahre 1895 von 2757 nur 15.

Prostituirte

gab es seit 1878 durchschnittlich 50. Diese Anzahl Frauenzimmer ist allerdings niemals vollzählig in der Strasse anwesend, da immer einige im Krankenhaus oder Arrest sich befinden. Aus den polizeiärztlichen Untersuchungsbüchern und den Journalen der Krankenanstalt habe ich Folgendes zusammengestellt:

Tabelle IV.

Prostituirte in Bremen.

Jahre	Zahl der inscribirten Prostituirten	Zahl der stattgehabten Untersuchungen	Zahl der venerischen Erkrankungen im Ganzen	davon an Syphilis	davon an sonstigen vener. Erkrank.	Bei je 100 Untersuchungen wurden vener. krank befunden
1864—1871	87	—	—	—	—	—
1871—1876	66	—	—	—	—	—
16./12. 1876 — 31./12. 1879	118	7309	252	46	206	3,6
1880—1883	102	12194	305	37	268	2,5
1884—1886	107	14519	208	26	182	1,4
1887—1890	98	14247	229	15	214	1,6
1891—1893	117	11115	193	7	186	1,7

Für die letzten 5 Jahre habe ich eine eingehendere Statistik aufgestellt:

Tabelle V.

Prostituirte in Bremen.

Jahr	Zahl der venerischen Erkrankungen	Zahl der erkrankten Personen	Davon erkrankt an Syphilis	Davon erkrankt an sonstigen vener. Krankheiten	Es erkrankten von den Prostituirten
1891	53	35	3	50	24 einmal, 8 zweimal, 2 viermal, 1 fünfmal
1892	74	40	3	71	22 einmal, 10 zweimal, 2 viermal, 1 fünfmal, 1 achtmal
1893	66	41	1	65	26 einmal, 8 zweimal, 3 viermal
1894	40	23	—	40	13 einmal, 6 zweimal, 2 dreimal, 1 viermal, 1 fünfmal
1895 (1/1-1/10)	20	15	2	18	13 einmal, 2 zweimal, 1 dreimal

Tabelle IV und V ergeben, dass die ärztliche Controle eine zufriedenstellende war; die Erkrankungsziffer für Syphilis unter den Prostituirten war in den letzten Jahren auffallend klein.

Aus Tabelle IV geht deutlich hervor, dass die Einrichtung der Controlstrasse und die damit gegebene Möglichkeit schärferer Controle eine entschiedene Verringerung der Erkrankungsfälle zur Folge hatte.

Die geheime Prostitution ist in Bremen nach Aussage aller betheiligten Kreise in den letzten Jahren im Zunehmen begriffen. Besonders der durch die Wesercorrection bedingte lebhaftere Schiffsverkehr hat eine Zunahme des liederlichen Treibens in der Hafengegend zur Folge gehabt, wie die Polizeidirection selbst am 10. November 1895 in einem Berichte an den Senat mit folgenden Worten mittheilte: „Die Sittenpolizei muss verstärkt werden. Zur Zeit ist die specielle Beachtung der liederlichen Frauenzimmer einem Criminalwachtmeister übertragen. Das in den letzten Jahren, namentlich seit der Hebung des Hafenverkehrs bemerkbar gewordene starke Anwachsen des liederlichen Treibens in verschiedenen Wirthschaften, namentlich auch auf den Strassen und an den Thoren, und das nicht mehr zu verkennende Auftreten eines gewerbsmässigen Zuhälterthums mit allen von demselben nicht trennbaren Gefahren und Unzuträglichkeiten macht es erforderlich, einige weitere Beamte mit der besonderen Beachtung der liederlichen Elemente zu be-

auftragen." Auch der achte Bericht des Gesundheitsrathes über den Gesundheitszustand und die Verwaltung der öffentlichen Gesundheitspflege in Bremen (Bremen 1894), Referent Herr Dr. Pletzer, spricht sich ungünstig über die Zunahme der geheimen Prostitution in folgender Weise aus: „Aus der relativ kleinen Zahl der der stetigen medicinal-polizeilichen Controle unterworfenen gewerbsmässig prostituirten Frauenzimmer darf nicht auf zunehmende Sittlichkeit des weiblichen Theiles der niederen Bevölkerung geschlossen werden, es ist vielmehr die Zahl der nicht der Controle unterstehenden Frauenzimmer in steter Zunahme begriffen und ganz besonders stellt die Fabrikbevölkerung ein grosses Contingent solcher der Venus vulgivaga fröhnenden Mädchen."

Die Polizeidirection hat mir in zuvorkommender Weise mitgetheilt, dass vom 1. Januar 1891 bis zum 1. September 1896 im Ganzen 410mal liederliche Frauenzimmer aufgegriffen und wegen des Verdachtes auf Geschlechtskrankheiten den Polizeiärzten zur Untersuchung zugeführt wurden. Bei diesen 410 Untersuchungen wurden 288mal, das ist in 70%, Geschlechtskrankheiten constatirt. Welch treffender Beweis für die Gefährlichkeit der geheimen Prostitution, zumal wenn man bedenkt, dass gerade die geheimen Prostituirten die schwersten Fälle von Syphilis darbieten, eine Erfahrung, die sich auch in der hiesigen Krankenanstalt in auffälliger Weise bestätigt zeigt. In der Krankenanstalt in Bremen wurden vom 1. Januar 1891 bis zum 1. Juli 1895 im Ganzen 322 Frauenzimmer wegen venerischer Krankheiten behandelt, die man zur Classe der geheimen Prostituirten rechnen muss. Von diesen litten 21% an Syphilis.

Wie gross die Zahl der geheim Prostitution treibenden Frauenzimmer in Bremen ist, die nicht in die Hände der Polizei fallen, das lässt sich natürlich gar nicht feststellen. Die mitgetheilten Zahlen geben gewiss nur einen kleinen Bruchtheil der wahren Zahlen an.

Fasse ich das Ergebniss meiner statistischen Betrachtungen zusammen, so komme ich zu demselben Schlusse wie Herr Dr. W. O. Focke, dass nämlich die wichtigsten Vortheile der Bremer Einrichtungen auf polizeilichem Gebiete liegen und dass die Controlstrasse einem gut gehaltenen Bordell gleicht. Die starke Zunahme der geheimen Prostitution mit allen ihren Schäden ist aber ein deutlicher Beweis dafür, dass die eine Controlstrasse im Verhältniss zur Einwohnerzahl Bremens durchaus nicht genügt. Die Vortheile, welche die Controlstrasse in sanitätspolizeilicher Hinsicht bietet, fordern dazu auf, entsprechend der grossen Ausdehnung der Stadt noch mehr Controlstrassen einzurichten, etwa eine in der Gegend des Freihafens und eine in der Neustadt, in der auch die Kasernen liegen. Dann wäre man auch im Stande, mit grösserem Erfolge als bisher und mit den schärfsten Massregeln gegen die geheime Prostitution vorzugehen, deren Ausrottung die Sanitätspolizei mit allen Kräften anstreben muss.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 11. November 1896.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Rille.

I. Kaposi demonstrirt fünf Fälle von Pemphigus, welche neben einander die verschiedenen Stadien und Typen der Erkrankung zeigen, wie sie sich bei einem Individuum nach einander entwickeln können, die man aber an einem und demselben Kranken selten gleichzeitig zu beobachten Gelegenheit hat.

1. einen Kranken, an dem als Ueberreste früher bestandener schlapper Blasen rothe Scheiben zu sehen sind mit randständiger Ueberhäutungszone, bei manchen der Rand wieder unterminirt, dazwischen gesunde Haut. Es besteht Aehnlichkeit mit Eczema crustosum, doch sind die Krusten hier mehr feinblättrig. In dieser Weise afficirt sind die Haut des Gesichtes und Halses bis über das Sternum, am Stamme besteht mehr das Bild des Pemphigus foliaceus, an der Achselfalte eine schlaffe Blase, an Vorderarmen, Unterextremitäten disseminirte Blasen vom Charakter des Pemphigus vulgaris. Wegen der Schlaffheit der Blasen könnte man die Affection auch als Pemphigus cachecticus bezeichnen.

2. eine Kranke, welche die erste Eruption mit verschiedensten Erythemformen zeigt. Manche erythematöse Stellen blassen ab, ohne dass es zu Blasenbildung kommt, während an anderen Blasen auftreten. Ausserdem finden sich an vielen Stellen pralle erbsen- bis nussgrosse Blasen, die sich peripher nicht ausdehnen wie im früheren Fall, sondern sich wieder überhäuten.

Doch kann ein solcher Fall von Pemphigus vulgaris malign werden, wenn der Kranke durch starken Säfteverlust herunterkommt, während eine circinäre Form wie die erste günstig verlaufen kann, wenn der Verlauf langsam ist und es zu Ueberhäutung kommt. P. fiebert wegen der ausgedehnten Eruption, Schleimhautaffectionen bestehen weder in diesem noch im früheren Falle.

3. einen Fall, der auf der Brust und am Rücken Abortivformen von Pemphigus zeigt, Blasen, die kaum, dass die Exsudation

stattgefunden, einsinken und trocknet dann die Epidermis ein. Diese Form kann disseminirt sein, circinäre Anordnung zeigen und kommt vor in den Wochen und Monaten andauernden Remissionen des Pemphigus aber auch als erste Eruption; dann ist die Diagnose oft sehr schwierig.

4. einen Fall von Pemphigus solitarius s. localis, symmetrisch an beiden Handrücken und beiden Füssen, gleichwie an den Ohrmuscheln bestehende Blasen.

5. einen Kranken, der zuerst Erytheme zeigte, dann ausgedehnte, mit Fieber einhergehende Eruption von Blasen, jetzt befindet sich P. im Remissionstadium.

II. Schiff demonstrirt ein Kind mit Erythema nodosum, daneben bestehen Ecchymosen in grosser Zahl und ist die Körpertemperatur erhöht. Es handelt sich wohl um eine Infectionskrankheit, die sich in Knotenbildung und Hautblutungen äussert, eine Combination. wie sie namentlich Curschmann beschrieben hat. Harn und Blut wurden bisher nicht untersucht.

Kaposi ist seit jeher der Ansicht gewesen, dass Erythema nodosum, Purpura rheumatica und Erythema multiforme zusammengehören; erstere sind dann die schwereren Formen. Daher kommen sie auch combinirt vor, wie der demonstrirte Fall beweist.

Neumann erwähnt, dass die Erytheme einerseits für sich als Infectionserkrankung vorkommen, anderseits auch symptomatisch bei Eiterretention (Retroperitoneal abscess), dann bei Diphtherie. Syphilis etc.

III. Kaposi demonstrirt anschliessend ein Kind mit Morbus maculosus Werlhofii. An den Oberschenkeln, den Beugeseiten der Oberextremitäten, der Schulter finden sich punkt- und striemenförmige Hämorrhagien, an der Ansatzstelle des linken Deltoideus eine sich derb anfühlende Ekchymose, an der Oberlippe eine kleine Hämorrhagie, geringe Andeutung davon auch an den Pyramiden des Zahnfleisches. Die Affection besteht seit zwei Jahren und tritt namentlich in der kälteren Jahreszeit auf.

IV. Popper demonstrirt aus Prof. Lang's Abtheilung zwei Fälle von Lupus vulgaris der Wange geheilt durch Excision und Deckung des Defectes, das einemal nach Thiersch, das anderemal durch einen gestielten Lappen vom Halse. Im letzteren Falle reichte der Lupus bis an das untere Augenlid. Wäre hier nach Thiersch gedeckt worden, hätte sich gewiss in Folge der Schrumpfung Ektropium entwickelt.

V. Lang erwähnt noch, dass er den Lappen vom Halse kleiner zuschneiden musste als der zu deckende Defect war, da sonst wieder der Defect am Halse schwer zu decken gewesen wäre. Durch viele tunnelirte Nähte gelang es, eine Ernährung des Lappens und exakte Anheilung zu erzielen. Die plastischen Operationen nach Lupusexcisionen sind überhaupt wegen der Grösse der Defecte schwieriger als die Plastiken der Chirurgen nach Exstirpation von Neubildungen. L. beobachtet die operirten Fälle noch längere Zeit, um Recidiven, wie sie nach Zurücklassung eines kleinen Lupusherdes auftreten, frühzeitig behandeln zu können. Von den

40 bisher Operirten recidivirten nur vier, davon einer gewiss durch Infection von den Drüsen her, ein anderer betraf die Nasenschleimhaut. Jedenfalls ist das Resultat im Ganzen ein ausserordentlich günstiges.

VI. Neumann demonstrirt einen 32jähr. Taglöhner mit Pityriasis rubra. (?) Beginn der Erkrankung angeblich vor acht Monaten unter Frösteln und allgemeinem Schwächegefühl. An den meisten Stellen des Stammes und der Extremitäten, besonders Brust, Rücken und Nates, erscheint die Haut blassrothbraun bis livide gefärbt, gerunzelt, deutlich verdünnt und atrophisch, die Furchen und Linien scharf vortretend. Ausserdem besteht an diesen Stellen Abschilferung in Form von kleienförmigen, dünnen, etwas glänzenden, durchsichtigen Schüppchen. Die innere Schenkelfläche frei, ebenso die Kniekehle, Genitale und Leistenbeugen. An der Bauchhaut finden sich vielfache hellweise, narbenähnliche Flecke mit geröthetem Rande.

Man kann in dem Falle nur an Pityriasis rubra, Atrophie der Haut. Lichen ruber oder Ichthyosis denken. Die letzten zwei Affectionen müssen wir ausschliessen, da die Haut sich weich anfühlt, aber auch mit dem Bilde der Pityriasis rubra und der Hautatrophie deckt sich die Affection nicht ganz und muss der Fall erst mikroskopisch untersucht und klinisch beobachtet werden.

Kaposi hält die Affection für eine idiopathische Atropie der Haut. Bei Pityriasis rubra finde sich eine solche Atrophie der Haut, wie hier erst nach Jahren. Die Atrophie erinnert mehr an Glossy skin. Auch macht K. aufmerksam auf den Spaltrichtungen der Haut entsprechende narbig atrophische Felder, die von ektatischen Gefässen umrahmt sind, wie ja überhaupt die Gefässe in der Nachbarschaft atrophischer und narbiger Hautbezirke ektatisch sind. Solche Atrophien können auch einseitig an einer Extremität auftreten. Die Haut sieht dann welk aus wie die eines Greises. Die Ursachen dieser Atrophien sind gewiss verschieden. Pospelow erwähnt einen Fall, bei dem die eine Extremität stundenlang Regen und Kälte ausgesetzt war und sah dann die Haut am Vorderarme aus wie „zerknittertes Cigarettenpapier". Vielleicht liegt die Ursache auch im Schwund des zu blutarmen Bindegewebes, damit verbundener Obliteration einzelner Gefässchen und complementärer Teleangiektasie der Nachbargefässe. — Aehnlich sind auch die Striae et maculae atrophicae cutis die durch Distorsion der Haut, Dehnung der Papillen, Zerreissung einzelner Gefässchen entstehen. — Prof. Fuchs hat auch eine Reihe von Fällen mit Atrophie der Augenlider beschrieben. Dabei wird das Lid in einen weiten Sack umgewandelt, der über die Lidspalte herunterhängt und die Leute am Sehen behindert. Auch Breisky's Kraurosis vulvae dürfte hieher gehören.

VII. Neumann demonstrirt 2. einen bereits wiederholt vorgestellten 17jährigen aus Rumänien stammenden Kranken mit Lepra tuberosa. Namentlich im Gesichte haben seither die Knoten an Zahl und Grösse zugenommen, insbesondere haben sich vom Rande des oberen Augenlides das Auge beschattende und die Lidspalte fast verlegende Knoten gebildet.

Auch im Rachen ist die Erkrankung in Progression begriffen, die Uvula zerstört.

3. einen 31jährigen Kutscher mit einem syphilitischen Primäraffect am Kinn, einem über guldenstückgrossen, bis an die Grenze des Lippenrothes reichenden kreisförmigen Knoten von derber Beschaffenheit. Eine Lymphdrüse am Unterkieferwinkel links wallnussgross, druckempfindlich. Beim Oeffnen des Mundes erscheint die linke Hälfte der Unterlippe starr, gegen die Mundhöhle etwas vorgetrieben. An Stamm und Extremitäten ein maculopapulöses Syphilid.

Lang hat vor kurzem einen Fall von Sklerose am Kinn in Folge von Infection beim Rasiren gesehen und glaubt, dass die Besitzer von Barbierstuben veranlasst werden sollten, stets ihre Messer gründlich zu desinficiren.

VIII. Popper demonstrirt 2. eine Kranke mit einem Geschwür des rechten Unterschenkels. Handbreit oberhalb des Sprunggelenkes besteht eine Protuberanz, die Haut verdickt geröthet, an einer Durchbruchsöffnung entleert sich blutig eitriges Secret, daneben bestehen einzelne scharf begrenzte Geschwüre mit speckigem Belag. Der Vater starb an Tuberculose, P. selbst war früher gesund, vor vier Jahren erkrankte sie mit Geschwüren in der Haut über der rechten Brustdrüse, die nach zwei Jahren heilten, nun aber wieder aufbrachen. Die Leber ist vergrössert, drei Querfinger unter Rippenbogen zu tasten, ebenso die Milz. Die Form des Geschwüres am Sprunggelenke spricht vielleicht für Fungus. P. gibt eine venerische Infection nicht zu und mit Ausnahme einiger pigmentloser Stellen am Anus bestehen keine Anhaltspunkte für Lues. Dennoch dürfte es sich um ein Gumma, ausgehend von den Sehnenscheiden und Erkrankung der inneren Organe auf derselben Grundlage handeln.

Lang fügt noch hinzu, dass die Geschwüre an der Mamma das Bild des von ihm als Lupoide bezeichneten Krankheitsbildes darbieten. Es werden nämlich lange Zeit bestehende gummöse Infiltrate in der Weise verändert, dass sie einem Lupus ähnlich sehen. Neisser hat kürzlich in einem solchen Falle auch Tuberkelbacillen nachgewiesen.

IX. Kaposi demonstrirt eine 66jährige Kranke mit einer faustgrossen, lappigen Geschwulst der rechten Mamma, entsprechend der Stelle der Mammilla. Die Haut darüber ist dünn, stellenweise roth epidermisfrei. Nach Localisation und Aussehen könnte man Paget's Disease annehmen, doch ergibt die histologische Untersuchung Adenosarcom, nicht Epithelialkrebs. K. nimmt an, dass dasselbe von den Ausführungsgängen der Brustdrüse, nicht von dieser selbst ausgeht.

X. Kaposi demonstrirt einen Fall von Carcinom auf dem Boden von Lupus vulgaris. Die äussere Nase ist vollständig zerstört, an beiden Wangen besteht exulcerirter Lupus; der Rand des Substanzverlustes zeigt die Charaktere des Carcinoms und zwar nicht eines knolligen Carcinomes, wie es sich gewöhnlich nach Lupus entwickelt. Die histologische Untersuchung ergab Carcinom.

Lang sah gleichfalls Lupuscarcinom von der nichtknolligen Form.

XI. Kaposi demonstrirt 8. einen Kranken mit einem ovalen, scharf begrenzten, vom Mundwinkel bis zur Mitte der Ober- und Unterlippe reichenden Herde, derselbe mit Krusten bedeckt, das Centrum narbig eingesunken, auch an den Lippen linsengrosse Herde. Vor allem ist zu denken an Syphilis serpiginosa. Anamnestisch ist nichts zu eruriren, am Praeputium und Sulcus coronarius bestehen kleine Knötchen. Eine Zerklüftung am Rande der Oberlippe erinnert an Tuberculose der Haut. Auch Pemphigus vegetans geht in dieser Form mitunter vom Mundwinkel aus. Ferner behauptet P., es habe die Affection sich innerhalb fünf Wochen entwickelt.

Ullmann erinnert an einen Fall, den er vor zwei Jahren vorgestellt hat, in dem auch die Schleimhaut des Mundes von der Oberlippe aus in gleicher Weise ergriffen wurde, und wo binnen wenigen Wochen rasches Fortschreiten zu constatiren war. Damals wurde Tuberculosis verrucosa cutis angenommen.

Neumann hält den Fall ebenfalls für Tuberculose. Bei einem syphilitischen Infiltrat müsste doch mehr Zerklüftung bestehen. N. hat vor einiger Zeit einen ähnlichen Fall beobachtet.

Sitzung vom 25. November 1896.

I. Nobl demonstrirt einen Fall von Tuberculosis papillomatosa cutis. Am rechten grossen Labium in der oberen Hälfte eine auf das Präputium clitoridis übergreifende Geschwulst, dieselbe blassroth, stellenweise erodirt, mit dünnen Borken belegt, derb und schmerzhaft, an den Randpartien papillär gewuchert. Weder die Leistendrüsen noch andere Lymphdrüsen sind afficirt. Auch am Rande des linken kleinen Labium findet sich eine derbe Infiltration. Lues ist anamnestisch und klinisch auszuschliessen. Die zehnjährige Dauer der Erkrankung und die sicher constatirte Lungentuberculose machen wahrscheinlich, dass es sich hier um Tuberculose handelt.

Finger erwähnt, dass es sich bei der Tuberculosis verrucosa um Veränderungen handelt, die einerseits durch den Tuberkelbacillus hervorgerufen werden, anderseits solche, die auf einer Einwanderung von Staphylococcen in die zerklüfteten Epithelien beruhen. Daher finden sich nebst drüsigen Infiltraten, kleinste Abscesschen, die auf Druck zu entleeren sind und ein wichtiges differenzialdiagnostisches Merkmal gegenüber dem Lupus verrucosus abgeben, was F. veranlasst, im vorliegenden Falle diese Diagnose zu stellen. Hallopeau sieht beide Erkrankungen als identisch an.

Ullmann scheint das Interessante des Falles darin zu bestehen. dass die Affection an der Grenze von Haut und Schleimhaut liegt, was er wiederholt bei Tuberculose gefunden hat. Bei Uebergreifen auf die Schleimhaut nimmt die Krankheit einen exquisit papillomatösen Charakter an, während sie an der Haut jene klinische und anatomische

Form zeigt, die Riehl und Paltauf als Tuberculosis verrucosa cutis beschrieben haben. Der Befund von Bacillen und der charakteristische erythematöse Hof an der Peripherie beweisen die nahe Verwandtschaft der beiden Formen. Etwas ähnliches wird allerdings auch bei Lupus papillaris gefunden, was darauf hinweist, dass auch zwischen diesen beiden Hautaffectionen keine grossen Unterschiede bestehen können.

Kaposi richtet an den Vortragenden die Frage, was ihn bestimme, Carcinom auszuschliessen.

Nobl bemerkt, dass dieses wegen der langen Dauer der Erkrankung ausgeschlossen wurde; die histologische Untersuchung steht noch aus.

Neumann hat am weiblichen Genitale Lupus vulgaris noch nie beobachtet, dagegen ist die Tuberculose hier nicht selten localisirt.

II. Finger demonstrirt einen Fall von Erythromelalgie. Beide Hände zum Theile, auch die Vorderarme intensiv geröthet, in der Kälte blauroth gefärbt, dabei die Haut verdickt, schwer faltbar; Röthung und Verdickung sind diffus an der dorsalen wie an der Volarseite und nehmen gegen den Vorderarm gleichmässig ab. Die Erkrankung begann 1891 mit anfallsweise des Morgens auftretender Röthung und Schmerzhaftigkeit der Endphalangen, die dann tagsüber wieder abnahm. Im nächsten Jahre wurde auch die zweite Phalanx ergriffen und traten die Anfälle häufiger auf. Später griff die Erkrankung auf die Hand und die Vorderarme über. Jetzt ist an Stelle des intermittirenden Charakters ein remittirender getreten. Zeitweise ist die Röthung geringer und treten namentlich in der Kälte die Erscheinungen stärker auf; subjectiv besteht Pamstigsein, auch hat die Tast- und Schmerzempfindung gelitten. Als Wäscherin ist die Kranke der Kälte und Feuchtigkeit ausgesetzt. Es handelt sich demnach um Erythromelalgie, bedingt durch Lähmung der Gefässnerven und Erweiterung der Blutgefässe. Lewin unterscheidet drei Formen, zwei davon treten symptomatisch auf, so bei Tabes, progressiver Paralyse, Myelitis oder centraler functioneller Erkrankung (Hysterie, Neurasthenie), eine dritte Form ist die idiopathische. Lewin identificirt die Erkrankung mit Neuralgie, weil sie gewöhnlich mit neuralgischen Schmerzen beginnt und erklärt den Zusammenhang so, dass die Affection gleichzusetzen sei den vasomotorischen Störungen, wie sie namentlich bei der Trigeminusneuralgie im Gesichte auftreten. Sigerson hat jedoch gezeigt, dass die Neuralgie nicht nothwendig vorhanden sein muss. Wichtig ist die Differentialdiagnose gegenüber Pernionen. Diese können multipel auftreten, sind aber immer circumscript und nicht leicht gleichzeitig an Dorsum und Vola manus. Von einem Erythem unterscheidet sich die Affection durch ihre Persistenz, weshalb auch einer der ersten Fälle als Erythema perstans beschrieben wurde.

Kaposi hat von den bisher gesehenen Fällen von Erythromelalgie einen anderen Eindruck bekommen. Es handelte sich dabei nebst der Injection und Röthung stets auch um bedeutende Vergrösserung der Gliedmassen. K. sieht den Fall als eine locale Asphyxie an, wie sie gerade bei Perniones vorkommt. Das Unterscheidungsmerkmal, dass diese nur

circumscript auftreten, kann es nicht gelten lassen. Es ist gar nicht selten, dass bei jugendlichen Individuen diffuse Röthungen an Händen und Füssen mit Sensibilitätsstörungen gepaart auftreten, die zeitweise besonders des Morgens und Abends zunehmen und bei längerer Dauer auch zu Bindegewebshypertrophie führen können. Es handelt sich hiebei wie auch bei den Pernionen um Gefässparesen aus verschiedenen Ursachen. Oft besteht im allgemeinen schlechter Ernährungszustand, Chlorose oder individuelle Empfindlichkeit gegenüber solchen Noxen, wie Nässe und Kälte.

Kaposi demonstrirt anschliessend eine Kranke, die als Wärterin seiner Klinik seit neun Jahren beobachtet wird. Auch bei ihr bestand eine derartige periphere Asphyxie der Gefässe, die linke obere Extremität hatte einen kolossalen Umfang und bot ein dem Myxödem ähnliches Bild. Allmälig hob sich der Gefässtonus, doch entwickelte sich eine Bindegewebsverdickung, die noch fortbesteht.

Finger betont gegenüber der Annahme, dass es sich um Perniones handle, dass sich die Abhängigkeit von der Temperatur bei der Affection der demonstrirten Kranken nicht an die Jahreszeit knüpfe und dass andererseits bei Pernionen, wenn sie schon diffuser auftreten, doch Zonen stärkerer Infiltration bestehen. Sie sitzen ferner an der Dorsalfläche, kaum je auf der Beugeseite. Wichtig ist ferner der Verlauf. Bei Pernionen könnte ein diffuses Infiltrat an einem Finger auftreten, ein so gleichmässiges Fortschreiten an allen zehn Fingern gleichzeitig von der Peripherie zum Centrum wurde bei Perniones noch nicht beschrieben.

Neumann glaubt, dass Finger die Bemerkung Kaposi's falsch aufgefasst habe. Er habe gewiss nur an eine jener passiven Hyperämien gedacht, wie sie namentlich bei anämischen Individuen, zumal Mädchen, und bei Männern, die an Lichen scrofulosorum leiden am Hand- und Fussrücken der Nase, Ohrmuschel vorkommen. Sie werden nicht durch Kälte erzeugt, durch dieselbe aber gesteigert, man bezeichnet diese Hyperämien auch als Perniones, obwohl dieser Name eigentlich nur den acuten Erkrankungen, wie sie in Folge starker Kälteeinwirkung entstehen, zukommt. Man beobachtet bei diesen chronischen Formen auch Verdickungen der Haut, welche durch Compressionsverband zu beseitigen sind. Jedenfalls sind diese Fälle noch nicht ganz klar und des Studiums werth.

Kaposi bemerkt, dass er an Asphyxia localis und nicht an Pernio gedacht habe.

III. Grünfeld demonstrirt einen Fall von syphilitischem Primäraffect, combinirt mit einer Cyste am Präputium. Der Kranke kam mit der initialen Sklerose am Frenulum, die flach bis zum Präputialrand verlief. Erst nach Abnahme der Induration war der Zusammenhang derselbe mit einer mehrfach gelappten Cyste des Präputialrandes zu constatiren. Der Fall ist differentialdiagnostisch bemerkenswerth.

IV. Kaposi demonstrirt 1. einen Fall von Erythema nodosum an den unteren Extremitäten und einem typischen Erythema annu-

lare am Oberkörper, ein weiterer Beweis für die in der vorigen Sitzung erwähnte Identität dieser Erkrankungen.

2. einen Fall von Lichen ruber acuminatus bei einem zehnjährigen Mädchen. Die Krankheit besteht erst seit wenigen Monaten. Das Gesicht ist gleichmässig geröthet und gedunsen, die Querfalten an der Stirne mehr ausgeprägt, wodurch ein greisenhaftes Aussehen entsteht. Auf der gleichmässig gerötheten Haut kleienförmige Schüppchen, die sich leicht abblättern. Am Thorax, ferner an den Vorderarmen bis unterhalb des Ellenbogens ist die Haut diffus geröthet, mit feinen festhaftenden Schüppchen besetzt, trocken anzufühlen, aber nicht verdickt. Mit Ausnahme der Achselfalten und des Epigastriums allenthalben namentlich am Abdomen dicht gedrängte hirsekorngrosse, stellenweise durch Confluenz linsengrosse Knötchen; am Rücken zwischen den Scapulae, und an der Grenze der diffus rothen Stellen sehr kleine Knötchen in mehreren Reihen angeordnet, mit zarten Schüppchen besetzt. An der inneren Schenkelfläche ist über den Knötchen schmutzige Epidermis aufgelagert, ebenso zeigt eine [illegible] Stelle über der Kniescheibe eine sepiabraune Epidermisverdickung. Epidermisauflagerungen finden sich ferner an der Streckseite der Phalangen, an der Flachhand, wo die Knötchen nicht so vorgewölbt sind, noch mehr Epidermis ist an den Fusssohlen aufgelagert, an den Rändern der Füsse begrenzt sich die Röthung scharf. An einzelnen Stellen sind die Efflorescenzen ähnlich denen bei Lichen ruber planus, ohne jedoch dem letzteren ganz zu entsprechen; in anderen Fällen, wie in dem seinerzeit von Neumann demonstrirten Falle, zeigen ganze Partien den Charakter des Lichen planus. P. soll zunächst local behandelt werden, ohne Arsenik.

3. einen Fall von sehr ausgebreitetem Lupus vulgaris der Gesichtshaut, der auch das rechte untere Augenlid zu narbiger Schrumpfung brachte und dann auf den Bulbus übergriff in Form eines Pannus lupous, welcher bis nahe an den Pupillarrand heranreicht. Hebra hat in einem solchen Falle, der schon für die Enucleatio bulbi bestimmt war und dessen Abbildung Kaposi vorzeigt, den Pannus mit dem Lapisstift weggepräparirt und die Hornhaut wurde wieder durchsichtig. In dem vorgestellten Falle soll Galvanokaustik angewendet werden.

Neumann erwähnt, dass Lupus, wenngleich selten primär, an der Conjunctiva auftreten kann, wie er selbst einen Fall dieser Art vor Jahren beschrieben. Es ist die Conjunctiva bulbi und palpebrarum von Bindegewebszügen durchsetzt, zwischen welchen die Wucherungen liegen. Die Galvanokaustik wurde schon vor langer Zeit dabei angewendet, man setzt aber dabei Narben, die ganz gleich sind jenen nach Brandwunden.

Kaposi demonstrirt 4. einen Fall von Lupus vulgaris serpiginosus und Lupus papillaris. An den Grundphalangen fanden sich fingerbreite Linien von trockenen, harten Krusten, ebenso an der Flachhand und um das Handgelenk warzige Gebilde, vergleichbar den Warzen der Anatomiediener, die jetzt der Tuberculosis verrucosa cutis zugezählt werden. Auch an anderen Stellen finden sich derlei Excrescenzen, daneben

ältere scrofulöse Narben am Halse. An Flachhand und Fusssohlen vergrössern sich die serpiginösen Formen durch neu auftretende Nachschübe mit der Tendenz zur Exulceration und papillären Wucherung, Lupus verrucosus.

5. einen Kranken, der vor elf Jahren an Lues erkrankte und jetzt ausser einem serpiginösen Syphilid am Oberschenkel ähnliche Veränderungen zeigt wie der in der vorigen Sitzung von Neumann als fragliche Pityriasis rubra demonstrirte Fall. Die Haut, namentlich auch am Oberschenkel, ist blauroth marmorirt, mit im Centrum eingesunkenen Feldern versehen, die von einer teleangiektatischen Zone umgeben sind. Die Epidermis darüber schilfernd wie bei Ichthyosis: Atrophie der Haut. Die histologische Untersuchung fehlt noch.

V. Neumann demonstrirt 1. eine 54jährige schwachsinnige Pfründnerin mit multiplen Dermatomyomen. An der Aussenfläche des linken Oberarmes disseminirte schrotkorn- bis erbsengrosse, ovale, glatte, hellgefärbte Knoten, scharf begrenzt, mit der Haut beweglich, derb, weder spontan noch gegen Fingerdruck abnorm empfindlich. Die Efflorescenzen zeigen Aehnlichkeit mit Urticaria papulosa oder Xanthoma tuberosum. Auch am r. Oberarm und disseminirt am Rücken finden sich ähnliche Bildungen. Die Diagnose konnte erst durch die histologische Untersuchung gestellt werden. Die Knoten bestehen aus feinen Bündeln glatter Muskelzellen mit dem charakteristischen oblongen Kern, dazwischen faseriges Bindegewebe. Die Talgdrüsen sind in ihren Wandungen verbreitert, an den Arterien ist keine Andeutung wahrzunehmen, die auf eine Entstehung der Neubildung aus denselben schliessen liesse. Es besteht in dem Falle der reine Typus des von Besnier zuerst beschriebenen Dermatomyom, nur dass keine Spur von Nervenfasern gefunden wurde. Namentlich von Jadassohn wird der M. arrector pili als Ausgangspunkt der Neubildung angenommen. Von dem rein musculären ist das von Virchow beschriebene Myoma teleangiectodes, das sich an der Brustwarze und am Scrotum entwickelt, abzusondern.

Kaposi erinnert an den von Lukasiewicz publicirten Fall seiner Klinik und zeigt die bezügliche Abbildung vor. Hier fanden sich an beiden Unterschenkeln eine Gruppe solcher Knoten von bis Erbsengrösse, ebenso am Oberarm, doch waren diese so schmerzhaft, dass das blosse Darüberfahren der Kleider allgemeine clonische Reflexkrämpfe erzeugte. Durch locale Applicationen gelang es allmälig die abnorme Empfindlichkeit herabzusetzen. Man dachte zuerst an Neurome, die histologische Untersuchung ergab jedoch nur Geflechte organischer Muskelfasern.

Neumann erwähnt, dass Virchow durch 13 Jahre eine Reihe solcher Geschwülste beobachtete, es waren Fibromyome, theils cavernöse Tumoren, einzelne davon schmerzhaft, darin fanden sich auch stets Nerven, in den schmerzlosen nicht.

Neumann demonstrirt 2. die bereits in der vorletzten Sitzung vorgestellte Kranke mit ulcerösem Syphilid und lupusähnlichen

Gummaknoten an der Nase, letztere nunmehr nach 24 Inunctionen und local grauem Pflaster fast involvirt.

3. eine 31jährige Kranke mit Lupus erythematosus.

An der Nasenspitze ein braunrothes mit dünnen, fettigen Schüppchen belegtes Infiltrat, daneben die Follikel erweitert und scharf vortretend, die centralen Partien narbig atrophisch. An der Streckfläche der Finger mehrfache linsen- bis über kreuzergrosse Herde, blassroth und livid bis schiefergrau verfärbt, pernionenähnlich; schlechter Ernährungszustand, Menstruationsanomalien. Nach einer seit wenigen Tagen eingeleiteten localen Behandlung mit Spirit. sapon. kal. und grauem Pflaster bereits deutliche Besserung.

4. einen 24j. Kranken mit einem polymorphen Syphilid. Am Stamme und Extremitäten reichliche, gruppirt stehende Roseolaflecke, dazwischen vielfache, beträchtlich elevirte kupferrothe, lenticuläre und knotenförmig vorragende Efflorescenzen, einzelne erodirt und nässend, andere mit Schuppen und Krustenlamellen bedeckt; solche finden sich in grosser Zahl in den Axillen und in der Afterkerbe, ferner bestehen erodirte nässende Papeln in den Augenwinkeln.

Verhandlungen des Vereines ungarischer Dermatologen und Urologen.

Sitzung vom 9. April 1896.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

I. Schwimmer: Neurodermitis papulosa pigmentosa. Die auffallenden Veränderungen in diesem Fall sind die Papeln und Pigmentationen. Die Papeln sind symmetrisch an den Oberarmen theilweise in Gruppen, theilweise in Linien aneinander gereiht vorhanden, einige mit unveränderter Oberfläche, während bei den anderen die oberste Schichte abgeschürft ist. Die Efflorescenzen sind stecknadelkopf- bis hanfkorngross, neben einandergereiht, nicht zusammenfliessend, secerniren keine Flüssigkeit und zeigen keinen Uebergang in andere Formen. Zerstreut sieht man an Stelle der verschwundenen Papeln sepiabraune Verfärbungen, welche im Centrum dunkel, gegen die Peripherie lichter sind, jedoch überall scharfe Contouren zeigen. Eine ähnliche Pigmentation sieht man bei Lichen ruber. Schwimmer hält jedoch mit Hinweis auf die Anordnung der Efflorescenzen und auf die spontan aufgetretene Pigmentation den Fall für eine auf nervöser Veränderung basirte Erkrankung, welche Ansicht auch durch die pathologische Untersuchung unterstützt wurde, nachdem beim Patienten partielle Anästhesie, resp. Parästhesie constatirt werden konnte.

Róna frägt, ob sich zuerst Pruritus und dann die Papeln entwickelten?

Schwimmer antwortet, dass Pruritus und Papeln zu gleicher Zeit auftraten.

Török bemerkt, dass die Hautveränderungen in dem vorgestellten Fall ganz banale seien, d. h. es fanden sich kleine papilläre Erhebungen, welche durch congestive Hyperämie und kleinzellige Infiltrationen gebildet werden, und wie sie bei sehr verschiedenen Krankheiten vorkommen. An einzelnen Stellen lässt sich sogar durch Kratzen die enge aneinanderstossenden Hautläsionen eczemartiges Nässen schweissen. Diese Hautveränderungen seien bloss symptomatische, die eigentliche Erkrankung sei die vorhandene Nervenveränderung. Er stimmt daher der Ansicht Schwimmer's bei, indem er annimmt, dass in Folge der Erkrankung der Nerven ein Pruritus entstanden sei, in Folge dessen Kratzen, dessen

VI. Róna: Bromexanthem oder Erythema hydroa? Die Anamnese des vorgestellten Falles konnte nur schwer aufgenommen werden und war deshalb nicht verlässlich. Der 34 Jahre alte Pat. leidet nämlich seit 1887 an einer Acne vulgaris des Gesichtes und des Rückens; im Jahre 1888 hatte er eine acute Hautkrankheit. Im Januar 1894 bemerkte Pat. zuerst das Entstehen eines dem jetzt vorhandenen ähnlichen vesiculären Exanthems und war 2½ Monate hindurch in Spitalsbehandlung. Nach 1monatlicher Pause brachte er neuerdings 6 Monate im Spital zu, im December 1894 liess er sich im Brasso'er Spital aufnehmen, wo die Ausschläge in Folge interner Arsenbehandlung zusehend besserten. Nach kurzer Zeit stellten sich pustulöse Ausschläge ein, welche nach Arsenbehandlung sich wieder verminderten. P. nahm das Arsen viele Monate hindurch weiter, wobei er sich verhältnissmässig wohl befand.

Am 5. Januar l. J. stellte sich ein Nervenleiden ein, welches darin bestand, dass in den Schenkel- und Armmuskeln tonische Krämpfe sich zeigten, einmal sogar hatte Pat. auch einen Zungenkrampf, so dass er nicht sprechen konnte. In Folge dessen wurde er auf eine interne Abtheilung des St. Rókus-Spitals aufgenommen, wo er Kaliumbromat. bekam; darauf entstanden bei ihm die Ausschläge, welche theilweise auch jetzt noch sichtbar sind. Bromkali nahm Pat. zuletzt am 22. Februar. Seit dieser Zeit blieb das Nervenleiden weg. Auf Rs.-Abtheilung kam Pat. am 16. März l. J.

Am ziemlich herabgekommenen Pat. konnte R. dreierlei Hautveränderungen wahrnehmen:

1. Acne vulgaris auf der Brust und am Rücken.

2. Einen perifolliculären lichenoiden Ausschlag am Rumpf und an den oberen Extremitäten, welcher in Anbetracht dessen, dass die Halsdrüsen bedeutend angeschwollen sind, als Lichen scrophulosorum betrachtet werden kann.

3. Im Gesicht, auf der Stirn und Kopfhaut, den oberen Extremitäten und der Regio pubica erythematöse Flecken, welche in ihrer Mitte linsengrosse, mit reiner Flüssigkeit gefüllte Vesikeln tragen, oder mit einer erbsengrossen feinen Kruste bedeckt sind, deren Umgebung eine livide Infiltration zeigt, welche wieder kranzartig von Bläschen mit ebenfalls wasserhellen Inhalt umgeben sind. Ausserdem sieht man einige solitäre wasserklare Bläschen. Auffallend sind auch die am Penis vorhandenen hanfkorn- bis linsengrossen Bläschen. Diese letzte der drei Formen, welche auch ein mässiges Jucken verursacht kann für ein Bromexanthem oder ein Erythema vesiculosum circinatum (Erythema hydroa) angesehen werden. R. ist noch nicht in der Lage betreffs der Diagnose entscheiden zu können. Das Nervenleiden ist in keinem Nexus mit den Hautveränderungen.

Schwimmer hält das Leiden für ein Bromexanthem.

VII. Popper demonstrirt 4 Patienten, bei denen er seine Prostata-Elektrode mit gutem Erfolg angewendet hatte. Die Patienten litten an Prostatahypertrophie, Prostatorrhoe, Sperma-

torrhoe und Popper erzielte bei allen auffallende Besserung, ja sogar Heilung. Die Behandlung besteht in der Anwendung des faradischen Stromes, welcher während der Anwendung abwechselnd verstärkt und geschwächt wurde, so dass kein Tonus, sondern temporäre energische Contractionen entstehen. Popper setzt seine Versuche fort und wird nur dann ein endgiltiges Resultat seiner Behandlungsweise publiciren können. Alapi ist der Ansicht, dass die Ursache der rasch aufgetretenen Besserung resp. Verminderung der vergrösserten Prostata ihre Erklärung in den Congestions-Verhältnissen der Prostata findet.

VIII. Deutsch hält seinen Vortrag über die Aetiologie und Therapie der Bubonen.

Vortragender befasst sich auf der Abtheilung Prof. Schwimmer's seit 3 Jahren mit obigem Thema und kam kurz gefasst zu folgenden Schlüssen: Bei den klinischen Untersuchungen trachtete D. die Natur der Bubonen durch Autoinoculationen zu erforschen. Von 66 Inoculationen, welche mit dem Eiter suppurativer Bubonen — theils nach Ulcus molle, theils nach Ulcus durum entstanden — vorgenommen wurden, konnte D. in 6 Fällen positive Resultate erzielen, indem typische Geschwüre entstanden, bei denen theilweise das specifische Mikrob des Ulcus molle nachweisbar war. In einem Fall entstand, nachdem in der Zeit der Inoculation die Infection noch regionär war, ein Ulcus durum. In jenen Fällen, wo das Resultat der Inoculation negativ war, hatte auch das Aeussere des eröffneten Bubo's nicht die Zeichen eines chankrösen Bubo's und dieselben (Bubo sympaticus) heilten auch viel schneller als jene, wo die Inoculation zu einem positiven Resultat geführt hatte. Die klinischen Untersuchungen überzeugten D. davon, dass primäre chankröse Bubonen d. i. solche, in welche das Virus des Ulcus molle durch die Lymphwege gelange, existiren. Dafür sprach auch unter anderen Beweisen jener Fall Ds., wo die Autoinoculation mit dem Eiter eines Bubo suppurans erst dann vorgenommen wurde, als das U. molle schon verheilt war. Die bakteriologischen Untersuchungen, welche noch nicht abgeschlossen sind, führten zu folgenden Folgerungen: D. fand

1. Bubonen, deren Eiter frei von Mikroorganismen war;
2. solche, in deren Eiter Staphylococcen sowohl mit dem Mikroskop, als auch durch Culturen (Staphyloc. pyog. aureus) nachweisbar waren;
3. solche, in welchem der Ducrey-Krefting'sche Bacillus nachweisbar war. Die betreffenden Mikroorganismen konnten natürlich in den Inoculationspusteln nachgewiesen werden.

Die Untersuchungen bestätigten daher Ricord's Eintheilung in sympathische und Chankerbubonen; in die erste Kategorie gehören jene, wo keine Mikroorganismen zu finden waren und jene, wo nur der Staphylococcus nachweisbar war.

Bezüglich der Therapie bemerkt D., dass auf der Abtheilung Prof. Schwimmer's Jahre hindurch die vollständige Eröffnung der Bubohöhlen geübt wurde. In den letzten Jahren wurden alle Bubonen auf Sch's. Anordnung nur mit einem kleinen Schnitt eröffnet. Diese letzte Methode

gab bezüglich der Heilungsdauer unvergleichlich günstigere Resultate. Die weitere Behandlung bestand in einer einfachen antiseptischen Wundbehandlung. Es wurden auch Versuche mit der Abortivbehandlung angestellt, jedoch mit ungünstigem Resultat.

Hava's behandelte während 10—11 Jahren circa 150 Bubonen und war mit dem Resultat, welches er durch Eröffnen und Auskratzen erreichte, vollkommen zufrieden. — Mit dieser Methode heilten seine Fälle durchschnittlich in 17 Tagen. Nach Lang's Publicationen versuchte er auch die Abortivbehandlung, sah jedoch keinen Vortheil in derselben. — Jetzt eröffnet H. die Bubonen mit einem kleinen Schnitt, wann die Heilung nicht in kurzer Zeit folgt, so eröffnet er den Bubo in seiner ganzen Ausdehnung und gebraucht den scharfen Löffel. — H. hält es für sehr vortheilhaft, dass man in Anbetracht der Untersuchungen D's in der Lage ist, klinisch die Eigenschaften des Bubos im Voraus zu bestimmen.

Aschner macht Vortragenden darauf aufmerksam, dass er nicht nur den Buboeiter, sondern auch jenen des U. molle bakteriologisch untersuchen möge, woraus zu constatiren wäre, weshalb der Bubo in dem einen Fall chancrös sei, und in dem andern Fall nicht. Bezüglich der Therapie schliesst er sich der Ansicht Hava's an.

Róna ist auf Grund seiner Untersuchungen der festen Ansicht, dass der Ducrey'sche Bacillus die Ursache des U. molle sei. Auch gelang es ihm, in einem Bubonulus den Bacillus nachzuweisen. Auf Grund der Untersuchungen Deutsch's und Anderer hält es auch Róna für entschieden, dass ein Theil der Bubonen in Folge des Ducrey'schen Bacillus entstehe.

Therapeutisch meint Róna, dass die Methode dem jeweiligen Falle angepasst werden soll.

Schwimmer bestätigt in jeder Richtung die Resultate Deutsch's, welcher die Untersuchungen unter seiner Aufsicht durchführte. Prognostisch wäre es zweckmässig bei jedem Bubo die Inoculation vorzunehmen, um daraus auf den Verlauf der Buboerkrankung folgern zu können. Was die Therapie anbelangt, hält Schw. die Eröffnung mit einem kleinen Schnitt für die zweckmässigste Behandlung. Róna.

— — —

Bericht über die 63. Jahres-Versammlung der British Medical Association in London. 1895.[1])

Section of Dermatology.

A. Discussion on the Pathology and Treatment of Pruritus.

I. Mc Call Anderson erörtert zunächst die Frage, welche Theile des nervösen Apparates der Haut speciell das Gefühl des Juckens erzeugen, wenn sie gereizt werden. Es sind dies 1. die freien Nervenendigungen zwischen den Epidermiszellen oder in den Langerhans-schen Zellen, 2. in den tieferen Lagen der Epidermis die Tastkörperchen, 3. der Bulbus vieler Haare. Im Folgenden beschränkt sich Vortragender auf die Form des Hautjuckens, die gewöhnlich als Pruritus bezeichnet wird, bei der also das Jucken das einzige Hautsymptom ist. Pruritus ist die Folge einer directen, vielleicht bisweilen auch reflectorischen Störung der Hautnerven, unabhängig von irgend einer Reizquelle auf der Oberfläche der Haut. — Einige der hauptsächlichsten Ursachen des Pruritus werden besprochen: Der Pruritus des höheren Lebensalters hat seine Ursache in dem Mangel an Bewegung und in der Abnahme der functionellen Thätigkeit der Organe und Gewebe des Körpers, wodurch die Ernährung herabgesetzt wird und ein unreines und in Folge dessen reizendes Blut circulirt. Das Jucken bei Icterus ist zweifellos auf die Anwesenheit von Gallensäuren im Blute zu schieben; nicht so leicht zu erklären ist aber, weshalb viele Fälle von Gelbsucht schwersten Grades frei von Jucken sind, während leichtere Fälle zu schwerstem Pruritus Anlass geben. Vielleicht ist bei manchen Leuten der nervöse Apparat empfindlicher oder die Zusammensetzung der Galle hat in den einzelnen Fällen kleine Unterschiede, die sie mehr oder weniger irritirend machen. Functionelle und organische Erkrankungen der Geschlechts- und Harnorgane und Schwangerschaft sind wohlbekannte ätiologische Factoren des Pruritus, und die gichtische Diathese und Störungen der Verdauungsorgane sind die häufigsten aller Ursachen. Nicht so allgemein bekannt ist die Beziehung zwischen Diabetes mellitus und Pruritus vulvae bei älteren Frauen, zumal hier oft die typischen Symptome des Diabetes fehlen. Eine andere in-

---

[1]) The Brith. Med. Journ. 30. Nov. et 21. Dec. 1895.

teressante Form ist der Pruritus hiemalis. Nach Diakonoff besteht hier primär eine abnorme Reizung der Hautgefühlsnerven, die reflectorisch eine localisirte paralytische Dilatation der Hautcapillaren veranlassen, wodurch die Ernährung der Gefühlsnerven gestört wird. Endlich kann die Krankheit Folge einer Geistesstörung sein.

Was die Behandlung angeht, so sind die örtlichen Mittel nur von vorübergehendem Nutzen. Ist Verdacht vorhanden, dass nervöse Schwäche oder solche der Ernährung besteht, so müssen Nerventonica versucht werden, z. B. Posphor, Arsen oder Strychnin, allein oder combinirt. Bulkley empfiehlt sehr Tinctura Gelsemini halbstündlich 10 Tropfen, oder bis zu einer Drachme in 2 Stunden, ausserdem Tinctura Cannabis 3mal täglich 10—30 Tropfen nach dem Essen und gut verdünnt. Vortragender hatte die besten Resultate mit Atropin, das er subcutan gibt; er beginnt mit $^1/_{100}$ Gran Abends und steigert die Dosis vorsichtig so lange, bis die physiologischen Wirkungen des Mittels auftreten und bis der Pruritus vollständig beseitigt ist. Ausserdem empfiehlt er Antipyrin und Phenacetin, bei denen die Dosis auch gesteigert werden muss, so dass schliesslich sehr hohe Dosen gut vertragen und mit Vortheil gebraucht werden. Sodann kann man auch die Elektricität in der Form des elektrischen Bades oder als constanten Strom mässiger Stärke Abends und Morgens je 10 Minuten anwenden und wenn das Jucken sehr störend ist, kann man als positiven Pol eine Schwammelektrode auf das obere Ende bringen und den anderen Pol auf den untern Theil der Wirbelsäule.

II. H. A. G. Brooke. Pruritus in its relation to diseases of the skin.

Brooke erwähnt die Abhandlungen von Bronson (siehe Ref. in diesem Archiv 1892, Bd. XXIV, Seite 665), der das Hautjucken zu erklären sucht, als Perversionen des Gefühles, als Dysästhesie der Gefühlsnerven. Brooke selbst theilt die verschiedenen Fälle von Hautjucken in 2 Hauptclassen ein. In die erste bringt er alle Fälle, die nur durch Wirkung äusserer Ursachen entstehen, in die zweite solche, die ihren Ursprung rein internen Zuständen verdanken. In die zweite Gruppe gehören 1. solche Fälle von Pruritus, die einen nervösen Ursprung haben und diese können wieder in 2 Unterabtheilungen eingetheilt werden, je nachdem *a*) es sich um eine reine Erkrankung der Hautnerven handelt oder *b*) das Jucken secundär durch den Reiz einer nervösen Hauterkrankung oder reflectorisch durch andere Ursachen hervorgerufen wird.

a) Unter den rein nervösen Affectionen treffen wir die Classe pruriginöser Erkrankungen, die von den französischen Dermatologen, besondes Brocq, Besnier, Vidal und Leloir so fleissig studirt sind, bei denen der Pruritus wesentlich die primäre Krankheit ist. Vortragender kann sich nicht allen Ansichten jener Autoren anschliessen; einige Fälle, die jene als primäre pruriginöse Neurodermatitis auffassen, scheinen ihm primäre Epidermiserkrankungen, andere durch im Blute circulirende Reizstoffe, hervorgerufen zu sein. Brocq und Jacquet haben sich aber ein

grosses Verdienst erworben, indem sie zeigten, dass ein primärer Pruritus durch das beständige Kratzen, zu dem er veranlasst, zu jener mehr oder weniger indurirten, papulösen, braun gefärbten Haut führen kann, die sie als lichenificirt bezeichnen. Früher hielt man diese Lichenification für ein chronisches Eczem oder einen Lichen und hielt sie eher für eine deutliche Localerkrankung, als für ein nur secundäres Symptom der allgemeinen Nervenreizbarkeit, der sie doch ihre Entstehung verdankt. — Nicht alle Fälle primären, nervösen Pruritus führen zur Entwickelung der Lichenification, so z. B. der Pruritus senilis; man hat sie lange bezeichnet als „pruritus sine prurigine". Solche Fälle können aber auch bei jungen Leuten und Kindern vorkommen, oder sie können auf umschriebene Stellen wie Gesicht, Hände, Zunge, Anus oder Genitalien beschränkt sein. Von diesen localen Varietäten rein nervösen Pruritus ist der des Anus und der Genitalien am besten bekannt; es werden aber auch Fälle hieher gerechnet, die, wenn auch zweifellos nervösen Ursprungs, doch nicht recht in diese Classe gehören: es handelt sich um die Fälle, bei denen die anscheinend normale Haut einen oder mehrere hyperästhetische Punkte aufweist, von denen das Jucken ausstrahlt, wenn sie durch Temperaturveränderungen, Schwankungen des Blutdruckes oder durch die Circulation toxischer Substanzen gereizt werden, welch' letztere im Körper entstanden oder von den Nahrungsmitteln abgespalten sein können. Solche Fälle unterscheiden sich vom echten nervösen Pruritus dadurch, dass die Zerstörung der hyperästhetischen Punkte, z. B. mit dem Galvanokauter, den ganzen Symptomencomplex zum Verschwinden bringt. — In diese Classe gehören auch andere Affectionen, bei denen das Jucken dem Auftreten irgend eines Ausschlages vorangeht, einige Eczeme und die Formen des „acuten lichen simplex", die Vidal und Besnier als urticariaähnlich angesehen haben, die aber besser unter den Begriff „papulöses Eczem" eingeschlossen werden. Die Prurigo von Hebra ist das am besten individualisirte Glied dieser Familie. — Besnier hat unter dem Titel „Diathetische Prurigo" eine ganze Familie dieser chronischen, polymorphen, pruriginösen Dermatitiden gruppirt, die in successiven Schüben wiederkehren und einen hauptsächlich eczemato-lichenoiden Charakter annehmen. Diese Affection kann vorübergehend oder dauernd die Haut freilassen, wofür dann Localisationen in den inneren Organen als: Emphysem, Asthma bronchiale, gastro-intestinale Störungen etc. auftreten. Dieser ganze Zustand kann hereditär sein, und zeigt sogar deutliche Zeichen von Atavismus. In diese Gruppe nervöser, juckender Krankheiten müssen auch jene pruriginösen Ausschläge papulösen oder vesiculösen, pemphigoiden Charakters eingereiht werden, die Tilbury Fox unter dem Namen Hydroa herpetiformis und Duhring als Dermatitis herpetiformis zusammenfasste. Rein nervöse Urticaria ist eine gut bekannte Affection; oft genügt schon der Gedanke, um einen Ausbruch von Quaddeln hervorzurufen mit dem dieselben begleitenden, intensiven Pruritus. — Jucken ist auch ein prämonitorisches Symptom einiger

schwererer Nervenkrankheiten. Leloir hat mehrere dieser symptomatischen Prurigo unter dem Titel „Dermatoneuroses indicabrices" katalogisirt. Sie sind jedoch als Prodromina nicht sehr häufig. Endlich gehören hierher die von Crodker als „Pruritus mentis" bezeichneten Fälle, bei denen die Kranken sich unaufhörlich kratzen, da sie von dem Gedanken beherrscht werden, dass sie von Insecten gequält würden oder dass Sandkörner oder dergleichen unter ihrer Haut lägen. Es handelt sich hier um eine Monomanie, und der Zustand ist eine hoffnungslose Form von Geistesstörung. — Die rein nervöse reflectorische Form des Juckens findet sich zeitweilig bei Jedermann. Selbst wenn man ganz frei von irgend welcher Hauterkrankung ist, bemerkt man irgendwo am Körper ein leichtes Jucken, worauf unmittelbar auch eine ähnliche Empfindung an anderen Körperstellen auftritt. Die Ursache ist nicht leicht aufzufinden; es ist möglicherweise nur eine vorübergehende, locale Reizung.

b) Die Fälle secundären nervösen Pruritus können zweckmässigerweise in 2 Classen eingetheilt werden, je nachdem sie

1. in Beziehung stehen zu Erkrankungen anderer Organe als der Haut, oder die Folge eines abnormen Reizes mechanischer oder physischer Art sind. In die erste Classe gehören die Zustände mehr oder weniger allgemein ausgebreiteten Juckens, die die Entwicklung ernster gastrischer oder intestinaler Erkrankungen, z. B. Carcinom begleiten oder ihr vorangehen, oder wie sie bei verschiedenen Krankheiten des Uterus auftreten. Man könnte hier an eine Art von Vergiftung denken, da aber ähnliches Jucken auch bei normaler Schwangerschaft und normaler Menstruation auftritt, muss man die Möglichkeit eines rein reflectorischen nervösen Ursprunges zulassen. — Bandwürmer verursachen durch mechanische Reizung oft intensivsten, allgemeinen Pruritus, der mit deren Beseitigung sofort schwindet. Einige Nahrungsmittel wirken offenbar auf dieselbe Art und Weise, z. B. verursacht Hafermehlbrei starken Hautreiz bei manchen Leuten, wenn er nach der gewöhnlichen schnellen Zubereitungsmethode hergestellt wird, ist aber ganz unschuldig, wenn er gekocht wird, bis alle groben Partikel verschwunden sind. Das reflectorische Jucken in der Spitze des Penis bei Blasenstein und in der Nase, wenn Ascariden sich im Rectum aufhalten, sind bekannte Beispiele desselben Charakters. — In dasselbe Capitel gehört das durch Kälte- oder Hitzeeinwirkung erzeugte Jucken.

2. eine sehr bestimmte und in leichteren Entwicklungsgraden häufige Classe von Fällen bilden die, bei denen Pruritus entsteht durch den Reiz, den toxische Substanzen erzeugen, die im Körper gebildet und mit dem Blutstrom verbreitet wurden. Die bekanntesten Beispiele bilden das Jucken bei Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Nierenkrankheiten und Gelbsucht. Beim Icterus kann das Jucken der Ablagerung des Gallenpigments in der Haut vorangehen, kann daher nicht der Ablagerung und directen Reizung der Gallenproducte selbst zugeschrieben werden. Pruritus ani findet sich oft bei Gicht und verschwindet bisweilen beim Auf-

treten eines acuten Gichtanfalles. Allgemeines Jucken bildet eines der vielfachen Symptome träger Leberaction, die Murchison Lithaemie nannte. Der Pruritus bei Obstipation und träger Verdauung ist von derselben Art. — Der urticarielle Pruritus der Kinder findet sich häufig bei Rhachitis und wird durch antirhachitische Behandlung geheilt. Besnier nimmt an, dass manche Fälle von Altersjucken nicht auf mangelhafter Wirkung oder Degeneration der Nerven beruhen, sondern auf mangelhafter Arbeit der Nieren, wozu noch die schwache Herzaction als unterstützender Factor kommt.

3. Bei allen diesen Fällen ist das Auftreten des Juckens an eine gewisse Idiosynkrasie gebunden, denn es tritt nur bei einem kleinen Bruchtheil der an diesen Krankheiten Leidenden auf. Dies ist auch der Fall bei dem Jucken, das gewisse Nahrungsmittel und Arzneien erzeugen z. B. Schellfisch, Thee oder Kaffee, Alkohol, oder Opium, Belladonna, Quecksilber und Jodoform.

4. Der Einfluss des stärkeren Blutdrucks auf das Hervorbringen des Juckens beruht anscheinend auf dem mechanischen Druck auf die Nerven; das Jucken der Hämorrhoiden z. B. verschwindet, sobald der Druck beseitigt wird. Aehnlich ist wohl auch der Ano-genitale Pruritus der Schwangerschaft durch Anschwellen der Venenplexus des Beckens zu erklären.

5. Die Haut sonst gesunder Personen ist zeitweilig zu Jucken disponirt, weil die normale Geschmeidigkeit fehlt. Dafür hat man zwei Erklärungen aufgestellt, nämlich dass dies Jucken entstünde durch Bildung kleiner Fissuren in den äusseren Lagen der Epidermis und dadurch theilweisem Freiliegen der epithelialen Nervenendigungen oder dass es dem Einstellen der Absonderungsthätigkeit der Haut zuzuschreiben sei und der dadurch bedingten Reizung durch die nun nicht eliminirten, verbrauchten Producte des Blutes. Verf. möchte sich mehr der ersten Theorie anschliessen, da für gewöhnlich — ausgenommen solche Zustände wie Urämie und senile Atrophie — die Nieren genügen, um diese Elimination zu übernehmen.

Die verschiedenen äusseren Ursachen, die das Gefühl des Juckens hervorrufen, können etwa in 3 Classen eingetheilt werden, nämlich locale Hautkrankheiten, epizoische Parasiten und Reize physischer oder chemischer Natur. Vortragender erinnert daran, dass manche Leute nach Berührung einer kleinsten Stelle der Haut mit Jodoform oder mit gewissen Pflanzen aus der Primulafamilie ein universelles Eczem bekommen und glaubt, dass auch Ekzeme parasitischen Ursprungs oder Eczeme, die von Parasiten besiedelt worden sind, in ähnlicher Weise den ganzen Körper ergreifen können, da von den Parasiten möglicherweise reizende Substanzen gebildet und dann von dem einzelnen Herde aus absorbirt und verbreitet würden. Dies ist therapeutisch wichtig, damit man nicht ein solches Eczem als constitutionell behandelt und den eigentlichen Herd der Reizung übersieht. Es erklärt auch die ausserordentliche Thatsache,

dass eine so grosse Zahl der antipruritischen Mittel der Classe der Desinficientien und Bactericidien angehören.

Die reinen Pilzerkrankungen der Haut, tinea trichophytina und Pityriasis versicolor verursachen selten stärkeres Jucken; höchstens die letztere ausnahmsweise.

Die Wirkung der epizoischen Parasiten ist ja bekanntlich theils durch Einbringen von Secreten dieser Thiere, theils durch den Biss oder das Kriechen derselben oder auf beide Arten hervorgerufen. Unter den physikalischen Ursachen ist die bekannteste der plötzliche Temperaturwechsel. Derselbe scheint durch die schnelle Veränderung des Blutdrucks zu wirken. Dass heisses Wasser den Pruritus lindert erklärt sich vielleicht dadurch, dass es den gesteigerten Blutdruck wieder herabsetzt. Hitze und Kälte als solche rufen bei ihrer directen Einwirkung auf die Haut selten Jucken hervor. Dagegen rufen die Lichtstrahlen der Sonne — allerdings indirect durch die Läsionen, die sie erzeugen — starken Pruritus hervor. Ja bei empfindlichen Leuten kann schon das diffuse Tageslicht intensiven urticariellen Pruritus an den exponirten Hautflächen hervorrufen.

Die einfache Reizbarkeit der Haut, die durch rauhe Unterkleider entsteht, ist therapeutisch von grosser Wichtigkeit.

III. A. S. Myrtle. Myrtle sprach über die Schwierigkeiten bei der Behandlung des Pruritus. Bei Fällen von Pruritus ani et vulvae hat er am wirksamsten den Gebrauch von Kali caust. fusum, gr. XV—Xl ad ℥ j, gefunden.

IV. Henry Waldo führte aus, dass ein Gegenreiz für die vasomotorischen Centren mittelst Senfpflaster, das über dem Rückenmark angebracht würde, bei hartnäckigen Fällen zum Erfolg führe. Bei osteoarthritischem Pruritus sei natr. salicyl. allein oder in Verbindung mit Arsen nützlich.

V. G. G. Stopford Taylor bemerkte, dass constitutionelle Mittel in der Regel nicht viel nützten, obwohl man auf Symptome von Gicht, Rhematismus oder Dyspepsie immer sein Augenmerk richten müsste. Pruritus hiemalis würde am besten gemildert durch Bewegung und beruhigende Mittel, wie Glycerin-, Bleisalben etc. und baumwollene oder seidene Unterkleidung. Das tägliche Bad sollte untersagt werden. Bei Pruritus ani et scroti wäre die Anwendung spirituöser Mittel und die Trennung der aneinanderliegenden Hautflächen unerlässlich. Bäder mit schwachen Lösungen von Liq. carbon. deterg. wären ebenfalls für die Kranken sehr angenehm. Vortragender hat viele Fälle bei Radfahrern gesehen.

VI. F. H. Barendt betonte die Wichtigkeit localer Mittel, besonders bei den Fällen, wo sich nur Pruritus fände ohne Hautläsionen. Er lobte sehr die Anwendung von Blasenpflastern über der Gegend des Rückenmarkes, welche den Herd des Juckens versorgte. Unter vielen localen Mitteln hat sich ihm 2% heisses Carbololivenöl, Abends und Morgens je 5 Minuten fest eingerieben, am besten bewährt.

VII. Elisabeth Garret Anderson legte dar, dass sie bei der Behandlung des nervösen Pruritus der Frauen gute Resultate erhalten habe, wenn sie die Menge der für die Patienten passenden Nahrung steigerte. Ruhe, besonders vor den Mahlzeiten, wäre wichtig. Bäder wurden in diesen Fällen schlecht vertragen. Sie empfahl auch vollständig aus Seide bestehendes Unterzeug. Leberthran kann, wenn erforderlich, der Nahrung zugesetzt werden.

Mc Call Anderson hob im Schlussworte hervor, dass die Behandlung des ursächlichen Moments die Hauptsache wäre, er unterschätze jedoch nicht die locale Behandlung. Er glaube, dass der gute Einfluss von Harrogate z. B. nicht den Bädern dort zu verdanken sei, sondern der Diät und der gesunden Umgebung. Er stimme mit den Bemerkungen von Mrs. Anderson überein, dass es wichtig sei, die Ernährung hoch zu halten.

B. Pye-Smith, P. H. Affections of the skin occurring in the course of Bright's disease.

Früher kannte man als einzige Hautstörung bei Bright'scher Krankheit das 1808 von Willan beschriebene Erythema leve. Es ist eine oberflächliche Dermatitis und hat mit den anderen Formen des echten Erythems nichts zu thun. Es gibt indessen noch andere Dermatitisformen, die nicht so selten im Verlaufe chronischer Bright'scher Krankheit auftreten: 1. Ein glänzend rother diffus Ausschlag, der hauptsächlich am Stamme auftritt, weniger ausgebreitet auf Nacken, Armen und Schenkeln und sehr selten im Gesicht, an Händen und Füssen. Er unterscheidet sich durch den bei natürlichem oder künstlichem Schwitzen entstehenden Ausschlag, dem er etwas ähnlich sieht, durch die Localisation, durch das Fehlen von Sudamina und dass er ohne Anwendung heisser Bäder oder anderer Schwitzmittel entsteht, wenn die Haut hart und trocken ist. 2. Eine papulöse Eruption von grossen, einzeln stehenden ziemlich dunkelrothen Knötchen, die auf einer trockenen, rauhen, bisweilen schuppenden Oberfläche sitzen. Der Sitz ist gewöhnlich Aussenfläche der Schenkel und Beine, Schultern und Streckseite der Vorderarme, bisweilen auch Leisten und Abdomen. Vortragender sah die Affection nie im Gesicht oder an Händen und Füssen. 3. Eine feuchte Dermatitis, ähnlich dem Eczem, doch Arme und Beine ergreifend mit Freilassung der Gelenkbeugen, des Gesichtes und der Ohren, ohne Reizerscheinungen und ohne dass sie je früher aufgetreten wäre. 4. Zweimal sah Vortragender eine sehr ausgebreitete und prophuse Dermatitis, die ganz der universellen exfoliativen Dermatitis Wilson's ähnlich sah. — So verschieden diese 4 Formen sind, so haben sie doch manche Züge miteinander gemein. Sie sind oberflächlich und hinterlassen nach ihrem Verschwinden oder beim Tode keine Spur. Sie verlaufen acut oder subacut, nicht chronisch und recidiviren selten. Sie sind nie pustulös. Sie sind gelegentlich purpurfarben. Die subjectiven Symptome sind gewöhnlich leicht. Was die Prognose angeht, so treten sie gewöhnlich in den späteren Stadien der Nierenerkrankung auf und sind daher nicht selten

vorhanden, wenn der Tod eintritt. Sie verschwinden aber auch oft lange vorher und dies bedeutet keine Verschlimmerung der übrigen Symptome. Was ihre Pathologie angeht, so bringt sie Verf. nicht mit Urämie in Zusammenhang. Eher kann man diese Hautentzündungen in Analogie bringen mit der Retinitis, den Entzündungen der serösen Häute und dem Lungenödem, von denen Nephritiker gern befallen werden. Was die Form der Nierenerkrankung angeht, bei der diese Hautaffectionen auftreten, so sah sie Vortragender nie bei acuter Nephritis mit Oedem noch bei Fettniere; entweder fanden sie sich in den späteren Stadien chronischer tubulärer Nephritis oder bei granulärer Degeneration mit Schrumpfung der Nierenriude. Die Behandlung ist nur local und besteht in Blei-, Zink- oder Wismuthsalben, bisweilen nur in Olivenöl oder Vaseline.

Radcliffe Crocker hob hervor, wie wichtig es sei, auf Formen von Dermatitis zu achten, die auf Erkrankung innerer Organe zurückzuführen seien. Seiner Erfahrung nach stimme er mit Dr. Pye-Smith über die Prognose nicht überein, da sie eine trübe sei bei diesen Fällen vorgeschrittener Bright'scher Krankheit.

Savill erwähnte mit Bezugnahme auf die von Pye-Smith erwähnten Fälle exfoliativer Dermatitis, dass ihn seine weitere Erfahrung über die „epidemische Hautkrankheit“ dazu geführt habe anzunehmen, dass Nierenerkrankung für letztere eine Prädisposition schaffe. Von Patienten mit dieser Complication gingen alle — mit Ausnahme von 5—6 Fällen — zu Grunde.

Bradbury hat mehrere Fälle von Hauterkrankung gegen das Ende des morbus Brightii auftreten gesehen. Er hat Erytheme beobachtet und einen Fall von Urticaria. Auch er betrachtet die Prognose dieser Fälle als ungünstig.

Pye-Smith erwähnte im Schlusswort nochmals, dass er nicht annehme, dass diese Erkrankungen auf Urämie beruhten; auch könne er die Prognose nicht als so schlecht betrachten. Urticaria sah er nie als Exanthemform.

C. Patrick Manson. On the Guinea-Worm.

Der reife Dracunculus Medinensis oder Guineawurm, erreicht eine Länge von 2, 3 oder 4 Fuss. Dabei ist er sehr dünn, ungefähr $^1/_{10}$ engl. Zoll im Durchmesser. Die Anatomie des Thieres ist sehr einfach; man kann es beschreiben als einen musculo-cutanen Schlauch, der einen überaus dünnwandigen Uterus enthält, der sich vom Mund- bis zum Schwanzende erstreckt und mit Millionen aufgerollter, langgeschwänzter Embryonen angefüllt ist. Es ist nur das Weibchen bekannt, das Männchen kennt man noch nicht. Der Kopf des ausgewachsenen Wurmes ist abgerundet und ist mit einer punktförmigen Mundöffnung und einem Kranze kleiner Papillen versehen; das Schwanzende ist mit einer Art Haken versehen, die möglicherweise zum Festhalten dienen. Der Verdauungscanal ist ein kleiner Schlauch, der durch den Uterus zusammengedrückt und an eine Seite gedrängt ist. Vagina und Anus fehlen, oder man hat sie

bisher nicht gesehen, wahrscheinlich sind sie durch den Druck des enormen Uterus obliterirt. Wenn die Embryonen im Uterus einen gewissen Reifegrad erlangt haben, so wandert der Wurm langsam durch das Bindegewebe seines Wirthes und zwar geht er stets abwärts, in die unteren Extremitäten. Gewöhnlich wandert er bis zum Knöchel oder Fuss. Hier bohrt er ein kleines Loch in das Derma; die darüber liegende Epidermis wird als eine Blase emporgehoben. Nach 1—2 Tagen platzt die Blase oder wird eingerissen, und es zeigt sich ein oberflächliches Geschwür mit dem kleinen Loch, in dem der Kopf des Parasiten liegt. — Die vorherrschende Anschauung ist nun die, dass der Wurm jetzt herauskriecht oder ausgestossen wird, dass er dann der Auflösung anheimfällt und so die Embryonen frei werden. Nach einer anderen Anschauung lässt der in die Gewebe eingedrungene Wurm die Jungen entschlüpfen mit der purulenten Absonderung, die der Reiz der Anwesenheit des Thieres hervorruft. Beide Anschauungen sind indessen falsch: So lange der Wurm lebt, veranlasst er keine Eiterung und andererseits, sich selbst überlassen, verlässt er den Körper nicht, bis er von seinen Jungen befreit ist. Vortragender konnte dies experimentell beweisen: Träufelt man mit einem Schwamm etwas kaltes Wasser auf die gesunde Haut, die das Guineawurmgeschwür umgibt, so sieht man aus dem erwähnten kleinen Loch nach wenigen Secunden ein Tröpfchen einer weisslichen Flüssigkeit aufsteigen oder ein zarter Schlauch wird hervorgetrieben — einen Zoll weit oder mehr — und bricht dann plötzlich auf. Sammelt man etwas von der weisslichen Flüssigkeit, die aufstieg oder aus dem zerplatzten Schlauch entwich, so sieht man unter dem Mikroskop, dass sie Hunderte aufgerollter, anscheinend todter Embryonen des Guineawurmes enthält. Bringt man etwas Wasser unter das Deckglas, so sieht man nach wenigen Minuten, wie die Embryonen erwachen, sich strecken, sich bewegen und nach kurzer Zeit kräftig umherschwimmen. Sie sind offenbar in ihrem Element — im Wasser. — Die Erklärung dafür ist folgende: Der Guineawurm geht zum Fuss oder Knöchel instinctiv, weil hier die Jungen am besten Gelegenheit finden, ins Wasser zu kommen. In Guineawurmgegenden tragen die Eingeborenen weder Schuhe noch Strümpfe, und ihre Füsse besonders kommen häufig in Wasserpfützen. Der Guineawurm kennt diese Thatsache und empfindet es auch, wenn der Fuss seines Wirthes in Contact mit dem Wasser ist und entsendet dann, wie beim Experiment, seine Jungen. Er braucht ungefähr 14 Tage, um den Uterus völlig zu entleeren. Dann, wenn alle Jungen ausgeschlüpft sind, kommt er selbst heraus und kann dann mehr oder weniger leicht herausgezogen werden, oder er zerbricht und veranlasst Eiterung. Da der Parasit keine Vagina hat, entleert er die Jungen aus dem Munde. Die Contractionen der musculo-cutanen Wand lassen, wenn das auf die Haut des Wirthes wirkende Wasser den Reiz ausübt, den Uterus aus dem Munde des Thieres um 1—2 Zoll prolabiren, und dieses Stück bricht auf. Der Zweck all dieser seltsamen Anordnungen ist, dem Guineawurmembryo die beste Chance zu geben, als Zwischenwirth eine Süsswassercrustacee, cyclops quadricornis, zu erhalten, wie schon

Fedschenko vor vielen Jahren fand. Dessen Experimente waren bisher nicht nachgeprüft, und Vortragender hat dies gethan, da er im Seemannskrankenhause in Greenwich einen Fall von Guineawurm in Behandlung hatte. Er brachte Embryonen von Filaria mit diesen Cyclopiden zusammen und konnte die Metamorphose der ersteren Schritt für Schritt verfolgen. Nach dem Eindringen der Embryonen, die zu je 10—20 den Panzer zwischen den Gelenken der Bauchplatten durchdringen, verändern sie ihre Gestalt. Während die freischwimmenden Embryonen von beiden Seiten her abgeflacht sind, so werden sie, bald nachdem sie in den Cyclops eindrangen, cylindrisch. Nach einiger Zeit wirft der Embryo seine quergestreifte Haut ab und zugleich damit seinen langen, dünnen Schwimmschwanz, an dessen Stelle ein kurzer, konischer Schwanz, bisweilen nur ein abgerundeter Stumpf tritt. Offenbar hat Fedschenko diese Cylindrification des Embryo und die Bildung des conischen Schwanzes übersehen. Später mausert sich der Parasit nochmals; an Stelle des kurzen, conischen Schwanzes tritt eine Art dreitheiligen Schwanzes, ähnlich einem kleinen, dreizähnigen Trepan. Gleichzeitig wird der junge Wurm grösser, sein Nahrungscanal verändert sich gewaltig und füllt sich schliesslich mit braunen, granulirten Massen an. Man muss annehmen, dass, wenn diese Metamorphose vollendet ist, der Parasit zur Uebertragung auf den Menschen durch Verschlucken mit dem Trinkwasser fertig ist, während er sich noch im Cyclops befindet. Vortragender sah die metamorphosirten Guineawürmer im Cyclopskörper 70 Tage nach ihrem Eindringen leben und sich bewegen. Neben den sehr interessanten biologischen Thatsachen enthalten diese Beobachtungen auch für Verhütung und Behandlung der Guineawurmkrankheit einige Hinweise. Erstens zeigen sie, wie wichtig es ist, in Filariagegenden nur filtrirtes oder gekochtes Trinkwasser zu geniessen. Zweitens lehren sie, dass es verkehrt ist, einen Guineawurm auszuziehen, bevor er alle Jungen entleert hat, da anderenfalls das Thier zerreisst, Myriaden von Jungen in die Gewebe entleert und so Zellgewebsentzündung und starke Eiterung entsteht. Versuchen kann man, wie neuerdings empfohlen, local schwache Sublimatlösungen zu injiciren, so das Thier zu tödten und dessen Absorption unter aseptischen Bedingungen zu ermöglichen.

Harrison frug Manson, ob es möglich wäre, dass eine Masse von Guineawürmern sich in der Pleurahöhle einer Rhea (des amerikanischen Strausses) einkapseln könnten, da er vor 2 Jahren bei einem solchen Thiere eine grosse Cyste mit 30—40 Würmern fand, die den Guineawürmern sehr ähnlich sahen.

Manson erwiderte, dass bei Hunden und vielen anderen Thieren verschiedene Formen von Filarien und anderen Würmern in den Lungengefässen angetroffen worden seien. Es sei bekannt, dass der Guineawurm bei vielen Thieren — Hunden, Pferden etc. — auftrete; ob er aber in den Lungen gefunden worden sei, wisse er nicht.

D. Discussion on diet in the etiology and treatment of diseases of the skin

I. W. Allan Jamieson. Einige Nahrungsmittel rufen Hautstörungen unmittelbar hervor, indem sie toxisch wirken. Hierfür ist die Urticaria das beste Beispiel. Häufiger ruft zu langsame und langdauernde schlechte Assimilation Hautkrankheiten hervor d. h. sie prädisponirt dazu und irgend eine Zufälligkeit lässt sie dann zur Entwicklung kommen. So ist bei der Pellagra der verdorbene Mais das eigentliche Mittel, das den Körper krankhaft stört, während die Sonnenstrahlen die Hautmanifestation, das Erythem, hervorrufen. Vielleicht entstehen auf ähnliche Weise Xeroderma pigmentosum und hydroa vacciniforme.

Alkoholmissbrauch erzeugt einerseits den klebrig feuchten Schweiss, der sich an den Händen des Gewohnheitstrinkers zeigt, und andererseits eine starke und permanente Dilatation der Blutgefässe des Gesichtes und ruft so Rosacea hervor und eine grobe, fettige Haut. Da dies aber nicht bei allen Leuten eintritt, die diesem Laster huldigen, so müssen wir vielfach einen erregenden Factor heranziehen: Einer von diesen ist sicherlich: jeder Witterung ausgesetzt zu sein, andere: Einsperren in enge, schlecht ventilirte Räume und anhaltendes Bücken. — Thee, in zu grossen Mengen, zu stark oder zu heiss genossen, ruft kalte Hände und Füsse hervor, wahrscheinlich in Combination mit chronischem, subacutem Gastro-intestinalcatarrh. Nach White sollen Früchte, die viel Säure enthalten, acute Eczeme hervorbringen. — Der beständige Mangel frischer grüner Gemüse, Salate, reifer Früchte führt zu einer Schwäche und Erschlaffung der Gewebe mit Alteration der Blutgefässe und der Zusammensetzung des Blutes selbst, in Folge deren Blutergüsse in die Haut eintreten und ein Zustand der Haut, dessen höchste Entwicklungsstufe wir „Scorbut" nennen. Bisweilen ruft die Muttermilch ähnliche Zustände, wenn auch milderer Art, hervor, wenn ihr gewisse Salze fehlen. Vortragender zeigt an verschiedenen Krankheitstypen: Eczem, Alopecia areata, Psoriasis etc., wie seiner Meinung nach Fehler in der Ernährung diese Krankheiten hervorrufen, resp. sie unterstützen und die Heilung aufhalten. Er geht dann über zu der „Diät bei der Behandlung der Hautkrankheiten", die im wesentlichen eine individualisirende sein muss.

II. Smith, Walter G. fasst seine Ausführungen folgendermassen zusammen.

1. Nur sehr wenige Hauterkrankungen können direct auf Fehler in der Diät zurückgeführt werden, wohl aber kann eine ungeeignete Diät schon vorhandene Eruptionen verschlimmern. Idyosinkrasie muss man als Ursache zulassen.

2. Die Krankheiten, die so entstehen, sind transitorischen Charakters und gehören meistens zu den Erythemen.

3. Diät hat nur geringen Einfluss auf die Heilung von Hautkrankheiten. Die Resultate bleiben weit hinter den landläufigen Erwartungen zurück, selbst bei Krankheiten wie Acne rosacea, wo wir uns verleiten lassen, viel von ihr zu hoffen.

4. Vermeidung von Alkohol, Regulirung der Verdauung und Beseitigung von Anämie sind von unendlich grösserem Einfluss als specielle Diätvorschriften.

E. Pernet, George. The etiology of acute pemphigus.

Pernet kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1. Es gibt eine Gruppe seltener Fälle acuter bullöser Eruptionen, die mit schweren Allgemeinerscheinungen einhergehen, gewöhnlich tödtlich enden und Fleischer befallen. 2. Die Krankheit tritt auf nach einer Wunde an den Händen oder Fingern. 3. Sie entsteht wahrscheinlich durch einen Mikroorganismus. 4. Dieselben ätiologischen Factoren sind wahrscheinlich bei einer anderen Gruppe ähnlicher Fälle wirksam, bei denen die Patienten durch ihre Beschäftigung in Contact mit Thieren oder Theilen todter Thiere z. B. mit Fleisch oder Häuten gebracht werden. All diese Punkte erfordern noch weitere Nachforschung. In Zukunft würde es gut sein, wenn in allen zur Beobachtung kommenden Fällen auf folgende Data geachtet würde. 1. Beschäftigung *a*) Fleischer, *b*) Köche, Gerber, Melker etc. 2. Nachforschung, ob eine Wunde vorhanden war. 3. Vorhandensein oder Fehlen eines charakteristischen Mikroorganismus, nämlich des Demme'schen Diplococcus. 4. Contact mit Thieren, die an einem bullösen oder vesiculösen Ausschlag litten. — Vortragender macht zum Schluss darauf aufmerksam, wie wichtig es ist, Fingerwunden, Saumgeschwüre etc. bei Fleischern und Leuten. die mit Fleisch zu thun haben, auf das gründlichste mit starken Antisepticis zu desinficiren.

F. Roberts, Leslie. The treatment of trichophytosis (ringworm) based on the physiology of the trichophytons.

Leslie Roberts gibt als Resultat seiner Arbeit Folgendes: 1. Es gibt in der Pflanzenwelt eine Classe kleiner, blüthenloser Pflanzen (fungi), die im Stande sind, Haar und andere Horngewebe zu zersetzen und zu assimiliren. 2. Dieser Process kann trichophytosis genannt werden und hat einige Varietäten. 3. Dieser Process kann stattfinden auf der Haut des lebenden Wirthes oder in dem Haar, das keine Beziehungen mit dem lebenden Organismus hat. 4. Trichophytosis follicularis ist die Combination der saprophytischen Zerstörung eines corpus iners (des Haares, Ref.) mit pathologischen Zellprocessen. 5. Ist erst einmal der Pilz in das Innere des Follikels eingedrungen, so ist jede Möglichkeit, ihm direct Einhalt gebieten zu können, verloren. 6. Unser therapeutischer Einfluss auf den Pilz beruht darauf, dass wir im Stande sind, die weichen Zellen des Follikels zur Proliferation anzuregen. 7. In vielen Fällen ist es wünschenswerth, diese Anregung über die physiologischen Grenzen hinaus zu steigern, so dass Eiter gebildet wird. 8. Epitheliale Eiterbildung hat keinen merkbaren Gewebsverlust zur Folge, während Bindegewebseiterung unabwendbar zu Verschwärung führt. 9. Wir müssen uns daher bemühen, die Eiterung auf das Epithel zu beschränken.

G. Anderson, William. A case of adenoma sebaceum, intermingled with flaccid mollusca fibrosa: treatment by excision.

In diesem Falle wurde ein sehr gutes Resultat erzielt. Vortr. empfiehlt bei solchen Fällen sorgfältig und bedacht mit dem Messer vorzugehen.

H. Waldo, Henry. Alopecia areata.

Waldo hält, vom klinischen Standpunkt aus, die grosse Mehrzahl der Fälle von Alopecia areata nicht für parasitären Ursprungs. Die häufigsten Ursachen sind Ueberarbeitung, zu wenig Schlaf, schlechte hygienische Verhältnisse und, vielleicht, dazukommende schlechte Ernährung. Er erhielt die besten Resultate durch Besserung des Allgemeinzustandes der Patienten combinirt mit mässiger Stimulation der mehr oder weniger anästhetischen Flächen.

I. Stowers, J. H. A case of dermatitis repens.

Die einzelnen Symptome der Krankheit ergeben, dass er sich um eine distincte Affection handelt, obwohl sie in einzelnen ihrer Charaktere dem Eczem sehr ähnelt. Bei seinem Falle wies der Vortr. auf folgende Punkte hin: 1. Das Alter und die Umstände, unter denen die Krankheit begann, 14 Tage nach dem Wochenbett. 2. Ihre Hartnäckigkeit und lange Dauer, nämlich 44 Jahre. 3. Das Befallensein beider Füsse und beider Hände. 4. Die Störungen des Nervensystems. 5. Das Vorhandensein deutlicher „glossy skin". 6. Die Verbindung mit recurrirender acuter Gicht. 7. Das Fehlen von Verletzungen und der wahrscheinlich idiopathische Ursprung der Krankheit.

K. Colcott Fox. An uncommon papulo-pustular eruption in infants.

Die Affection war nicht syphilitischen Ursprungs. Vortr. betrachtet die Eruption nicht direct als tuberculös, glaubt aber, dass sie bei Kindern auftritt, die schlecht ernährt und zur Infection mit Tuberculose geneigt sind. Bei solchen Kindern findet ein Organismus in den Follikeln einen günstigen Nährboden. Er ist geneigt, die Affection einer anderen zuzurechnen, die jetzt in London als Acne scrofulosorum wohl bekannt ist.

L. Smith, Gilbert. A case of lichen planus verrucosus.

Smith nimmt als Ursache in seinem Falle nervöse Erschöpfung bei einer nervösen Frau an und zwar durch Störung der Generationsorgane. Der Fall war auch interessant durch den Umfang der Affection, mehr aber noch durch die Thatsache, dass die warzigen Flecken sich ableiten liessen von den konischen Knötchen, die an den Haarfollikeln sassen und nicht von den platten Knötchen. Sonst ist der Process derselbe wie bei Lichen planus.

M. Mackey, Edward. Two cases of cheiro-pompholyx in association with eczema.

Vortr. ist der Ansicht, dass die Beziehung zwischen Cheiro-Pompholyx und Eczem eine engere ist als gewöhnlich angenommen wird; ferner, dass die Pathologie beider nicht sehr verschieden ist. Er glaubt, dass Cheiro-Pompholyx eine Varietät des Eczems ist.

N. Barendt, H. A case of cheiro-pompholyx.

Barendt betrachtet den Cheiro-Pompholyx als eine Neurose, d. h. als eine Störung der Vasomotoren der Finger.

O. Eddowes, Alfred. Corns, true and so-called.

Eddowes bemerkt, dass oft Warzen auf den Fussohlen oder an der Ferse dem äusseren Ansehen nach Hühneraugen glichen und für solche gehalten würden. In solchen Fällen nützen die Massregeln, die bei Hühneraugen wirksam sind, als Veränderungen des Schuhzeuges oder erweichende Pflaster nichts, was von praktischer Bedeutung ist. Die Behandlung muss natürlich die für Warzen passende sein.

P. Galloway. The skin lesions of syringomyelia.

Galloway sagte in seinem Vortrage, dass die klinischen Erscheinungen die experimentellen Resultate von Mott, Sherrington, Ferrier und Turner bestätigten, dass nämlich sensorische Impulse durch die graue Masse geleitet würden und nicht, wie man früher behauptete, durch die aufsteigende Vorder-Seitenstrang- oder Hinterstrangbahn. Die zahlreichen Hautlaesionen, die eine so wichtige Rolle spielen bei dem Morvan'schen Typus der Krankheit werden durch locale, infectiöse Processe hervorgerufen. Möglich ist auch eine ascendirende, toxische Neuritis ausgehend von dem erkrankten Theil oder veranlasst durch Absorption bacterieller Gifte.

Q. Harrison, J. A. Two cases of unusual verruca necrogenica. Es handelte sich in den beiden, gegen die Behandlung sehr widerspenstigen Fällen weder um eigentliche verruca necrogenica noch Lupus, sondern um Hauttuberculose. Bacillen wurden nicht gefunden.

R. Liddell, J. A case of pityriasis rubra pilaris (Devergie): Clinical features and minute anatomy.

Liddell betrachtet die Veränderungen an Epidermis, Haarfollikeln, Schweissdrüsen und Talgdrüsen als primär und nicht als eine Folge von Veränderungen im Corium. Ob die Reizquelle für die erzeugten Veränderungen innerhalb des Körpers oder ausserhalb zu suchen sei, bleibt eine offene Frage. Davon ausgehend, dass die Läsionen symmetrisch vertheilt seien, kann man geneigt sein, den Zustand als Trophoneurose aufzufassen; andererseits kann auch der Reiz von aussen kommen. Vortr. fand einen Parasiten in Schnitten excidirter Haut, in welchen Beziehungen dieser aber zur Krankheit steht, ist noch nicht entschieden.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Nachtrag zum Bericht über den Londoner internationalen Dermatologen-Congress. 1896.

Autoreferat über seine Bemerkung in der Discussion über „Prurigo"

von Dr. Touton (Wiesbaden).

1. Prurigo Hebra ist eine — insbesondere klinisch — scharf umgrenzte Krankheit. Ob bei ihr das Jucken primär, die Eruption secundär ist, ist bei dem jugendlichen Alter der Patienten kaum zu eruiren.

2. Daneben gibt es Formen pruriginöser Hauterkrankungen beim Erwachsenen, die entweder die gleiche, oder auch eine von der Prurigo Hebra abweichende Localisation zeigen (Prurigo diathésique Besnier).

3. Es können auch nur vereinzelte oder eine umschriebene Stelle erkrankt sein (Lichen simplex circumscriptus Vidal).

4. In diesen Fällen (2 und 3) ist zweifellos sehr häufig klinisch das Jucken das erste und Hauptsymptom. Vielleicht liegen dann bereits schon mikroskopische Veränderungen an den Hautnerven oder in ihrer Umgebung vor, die durch das Kratzen gewissermassen vergrössert, provocirt werden und so zu klinisch wahrnehmbaren Symptomen führen.

5. Entgegen Neisser glaube ich nicht, dass es länger dauernden, auf die gleichen Stellen beschränkten „Pruritus" gibt, der ohne secundäre Kratzveränderungen verläuft.

6. Die letzteren sind je nach der Disposition der Haut verschieden: Urtication, Eczematisation, Lichenification und Eiterbakterieninfection.

7. Alle diese Formen bilden eine fast ununterbrochene Reihe von Uebergängen, die man nicht alle als besondere Krankheiten zu bezeichnen braucht, um nicht schliesslich jeden Fall mit einem besonderen Namen belegen zu müssen.

8. Ob man vorläufig — bis zur vollkommenen Erkenntniss ihres Wesens — diese Fälle „Pruritus" oder „Prurigo" oder „Neurodermitis" nennt, ist im Princip gleichgiltig, da sie doch noch durch differencirende Zusätze je nach den grösseren Gruppen unterschieden werden müssen. Jedenfalls gehören sie vom nosologischen Standpunkte betrachtet, unter einander und mit der Prurigo Hebra zusammen.

9. Auch die Prurigo simplex Brocq rechne ich mit Neisser hierher.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

1. **Colombo**, Carlo. Contributo allo studio dell azione fisiologica del massaggio. Nota preventiva. Lo sperimentale XLIX, Nr. 4.
2. **Barlow**, Richard. Mittheilungen über Reduction der Ueberosmiumsäure durch das Pigment der menschlichen Haut. Mit 2 colorirten Tafeln. Bibliotheca medica, Abtheilung DII, Heft V. Cassel, Fischer 1895.
3. **Morel-Lavallée**. Bleibende Pigmentirungen nach einem Antipyrinexanthem. Soc. de Dermat. et de Syph. Annal. 1895, p. 325.
4. **Hallopeau** und **Salmon**. Ueber einen Fall von Vitiligo bedingt durch Compression. Soc. de derm. et de syph. Annal. 1895, p. 388.
5. **Leredde** und **Perrin**: Histologische Untersuchungen des Bläschen- und Blaseninhaltes. Soc. de derm. et de syph. Annal. p. 369.
6. **Dubreuilh**. Ueber locale Anästhesie in der Dermatologie. Soc. fr. de Derm. et de syph. Annal. 1895, p. 318.
7. **Bulkley**, L. Duncan. Sleep in its relations to diseases of the skin. Med. Record. New-York, 16. Nov. 1895.

(1) Colombo fand, dass durch vorhergehende Massage der Haut (durch 30 Minuten) die dann durch Wärme hervorgerufene Schweisssecretion ausserordentlich vermehrt wird. Die Menge des Schweisses zeigt eine starke Vermehrung, dagegen ist seine Dichte geringer (1000 bis 1002), desgleichen sein Gehalt an Kalisalz, uralen Schweisssäuren; er wird leicht alkalisch, enthält reichlicher Epithelien und Chlornatrium.

Th. Spietschka (Prag).

(2) Barlow hat die Untersuchungen Ledermann's über Osmirung der normalen Haut wieder aufgenommen und theils an ausgebildeter, theils an foetaler menschlicher Haut nachgeprüft. Bezüglich der ersteren kommt er zu folgenden Resultaten: die Osmiumsäure bewirkt Schwarzfärbung der Hornschichte, des Fettes in den Talgdrüsen und dem subcutanen Zellgewebe, weiter Schwarzfärbung grösserer und kleinerer Tröpfchen im Knäultheile der Schweissdrüsen (Fetttröpfchen), endlich intensive Schwarz-

färbung verschieden grosser Körnchen in wechselnder Menge in den tieferen Lagen der Malpighi'schen Schichte und in der Cutis. Diese Körnchen entsprechen dem Pigment, das so wie Fett die Fähigkeit besitzt, Ueberosmiumsäure zu reduciren; der Unterschied vom Fett besteht darin, das Chromsäure (Fleming'sche Flüssigkeit) die Reduction der Osmiumsäure durch das Pigment hindert, die Reduction von Seiten des Fettes jedoch nicht alterirt. Die foetale Haut zeigt bei Osmirung analoge Verhältnisse, nur sind die Pigmentkörner in sehr geringer Menge vorhanden.

Gustav Tandler (Prag).

(3) Morel-Lavallée berichtet über einen Fall, bei dem sehr schnell nach dem Genuss von Antipyrin erythematöse, im Centrum blasig werdende Herde auftraten, welche bleibende Pigmentirungen hinterliessen. Wickham und Baudonin erwähnen anschliessend Fälle von Erythema nodosum nach Antipyringenuss. R. Winternitz (Prag).

(4) Unter dem Drucke eines beiderseitigen Leistenbruchbandes traten bei einem Knaben in beiden Leistengegenden symmetrische, entfärbte Hautpartien auf, die nach aussen von stark pigmentirten Zonen umgeben waren. Die sonst normalen Haare dieser Partien waren gleichfalls entfärbt Die Autoren nehmen eine Beeinflussung der Zellen des Stratum mucosum und der Haarbälge durch den Druck und gleichzeitige Prädisposition als Ursache an. R. Winternitz (Prag).

(5) Leredde und Perrin haben den Inhalt der Blasen von verschiedenen Hautaffectionen auf eosinophile Zellen untersucht und gefunden. dass dieselben namentlich bei der Krankheit Duhrings sowie beim Herpes gestationis in reichlicher Menge vorhanden sind, während sie beim Eczem, der Scabies, dem Zoster, dem Erysipel, dem einfachen Herpes, bei Verbrennungen, beim Erythema bullosum und auch beim Pemphigus sehr spärlich anzutreffen waren. Auf Grund dieses Befundes reihen sie den Herpes gestationis unter die Erkrankung Duhring's. Die Anhäufung der eosinophilen Zellen in den Blasen sowie die gleiche von ihnen im Blut nachgewiesene Erscheinung bringen sie mit der beim Herpes gestationis häufig vorhandenen Nierenerkrankung und mangelhafter Ausscheidung „eosinophiler Substanz" in Zusammenhang.

R. Winternitz (Prag).

(6) Dubreuilh macht zum Zwecke der Anästhesie intradermale Cocaininjectionen, wobei er sich einer 2% Lösung in Wasser oder Kirschlorbeer bedient und niemals mehr als 2 Ccm. der Lösung, d. i. 0.04 Gr. Cocain. hydrochlor. verwendet. Behufs Einführung der Nadel parallel zur Hautoberfläche gebraucht er Nadeln mit entsprechender Krümmung.

R. Winternitz (Prag).

(7) Bulkley bespricht zuerst die Störungen des Schlafes, die Hauterkrankungen vorangehen oder sie hervorrufen. Er glaubt gefunden zu haben, dass bei Eczemen der erste Ausbruch häufig nach einer Periode von Schlaflosigkeit erscheint, die bei verschiedenen Fällen ganz verschiedene Ursachen haben kann; auch den Recidiven geht oft Schlaflosigkeit vorher; 2. betrachtet er die Störungen des Schlafes, soweit sie Haut-

krankheiten begleiten oder von diesen veranlasst sind. Hier handelt es sich vor allem um das Jucken, das die verschiedensten Hautkrankheiten mit sich bringen. Doch kann auch die Störung des Allgemeinbefindens bei Psoriasis, Eczem etc., auch ohne Jucken, Schlaflosigkeit erzeugen; 3. erörtert er die Mittel, die uns in den Staud setzen Störungen des Schlafes, soweit sie mit Hautkrankheiten in Verbindung stehen, zu beseitigen. Er kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1 Schlaf ist ein ausserordentlich wichtiger Factor, den man in Verbindung mit vielen Hautkrankheiten betrachten muss, da Störungen des Schlafes sowohl bei der Entstehung von Hautkrankheiten mitwirken als auch durch solche veranlasst sein können. 2. Die Störungen des Schlafes bei Hautkranken können aus den mannigfachsten Zuständen herrühren; die 6 Hauptursachen können folgendermassen classificirt werden: *a*) digestive, *b*) circulatorische, *c*) toxische, *d*) nervöse (directe oder reflectorische), *e*) psychische, *f*) äussere. 3. Diese Ursachen muss man ergründen und abstellen, da mangelhafter Schlaf viele Hautkrankheiten erst erzeugt oder sie verschlimmert. 4. In Fällen, bei denen die Störung des Schlafes durch eine Hautkrankheit verursacht wird, muss man durch geeignete innere und äussere Behandlung des Hautleidens guten Schlaf herzustellen suchen, ehe man zu Hypnoticis greift. 5. Zu Opiaten muss man seine Zuflucht nehmen, wenn die Schlafstörung durch Schmerzen verursacht wird, die von dem Hautleiden ausgehen; aber diese Präparate sind nutzlos oder schädlich, wenn die Schlafstörung vom Jucken herrührt. Chloroform oder Aether dürfen nicht verordnet werden. 6. Einige der neueren sogenannten Antineuralgica und Hypnotica leisten oft grosse Dienste bei der Beruhigung der allgemeinen Reizbarkeit und führen Schlaf herbei; ebenso wirken Gelseminum und Cannabis Indica. Es ist oft wünschenswerth halbstündlich wiederholte Dosen zu geben, bis die gewünschte Wirkung eintritt.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

1. **Allen**, Charles W. Erysipelas in its etiological relation to preceding skin lesion and its local treatment. Med. Record. 23. Nov. 1895.
2. **Du Castel.** Lymphgefässerweiterungen der Mundschleimhaut nach wiederholtem Gesichtserysipel. Soc. de derm. et de syphil. Annal. 1895 p. 342.
3. **Steele**, Ernest A. T. A case of erysipelas neonatorum treated by antistreptococcic serum. The Brit. Med. Journ. 7. Dec. 1895.
4. **Finsen**, Niels R. The red light treatment of small pox. The Brit. Med. Journ. 7. Dec. 1895.
5. **Du Castel**. Disseminirte Hauttuberculose im Gefolge von Masern. Soc. fr. de derm. et de syph. Annal. 1895 p. 295.

6. **Wickham**, Louis und **Gaston** Chancre ähnliche Ulceration des Penis durch Tuberculose verursacht. Soc. fr. de derm. et de syph. Annal. 1895 p. 296.
7. **Hansen**, G. A. und **Loft.** Die Lepra vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkt. Bibliotheca medica, Abtheilung D II, Heft 2; Fisher, Cassel 1894.
8. **Kaurin**, Edv. Zerstreute Bemerkungen über Lepra. Norsk Mag. for Laegevidenskaben 1895.
9. **Lie**, P. H. Bericht über die Wirksamkeit des Lungegaard-Hospitals von 1892—1894 (Aussatzspital in Bergen). Behandlung. Lungenlepra. Nierenlepra. Norsk Mag. f. Laegevidenskaben 1895 Nr. 9.

(1) Allen hebt hervor, dass von 100 Fällen von Erysipel genau die Hälfte sich an eine Hautläsion z. B. Varicellen, Geschwüre, Impetigo, Syphilis etc. anschloss. Von den anderen 50 trat eine grössere Anzahl nach Erkrankungen des Rachens auf, und Verfasser glaubt, dass die Nähe der Mund- und Nasenschleimhäute, ihre Neigung excoriirte oder granulirende Flächen darzubieten, und besonders der eigenthümliche, anatomische Bau der Tonsille die relativ grosse Häufigkeit des Gesichtserysipels erklärt. Von jenen 50 Fällen traten 25, also 50% im Gesicht auf. Zur Behandlung des Erysipels empfiehlt Allen eine Combination der Wölfler'schen Heftpflasterstreifen mit Aufpinselung von Ichthyolfirniss; mit dieser Methode hatte er sehr befriedigende Resultate.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

(2) Bei der 26jährigen Patientin Du Castel's ist nach mehrfachen Gesichtserysipelen eine Schwellung des Gesichts zurückgeblieben; weiters bestehen seither hirsekorngrosse, in kleinen Haufen angeordnete, wasserhelle oder getrübte Erhebungen der Lippen- und Wangenschleimhaut. Nach jedem Erysipel treten neue derartige Erhebungen auf, manche verschwinden, andere bleiben bestehen. Einen ähnlichen Fall hat Tenneson früher demonstrirt, einen Fall mit Localisation auf der Zunge hat Leredde eben in Beobachtung.

R. Winternitz (Prag).

(3) Steele behandelte ein 3 Wochen altes Kind, das an schwerem Erysipel litt, mit Injectionen von Rufter und Robertson's Antistreptococcen-Serum. Die Therapie hatte den besten Erfolg. Verfasser hat verschiedene Fälle von Erysipelas neonatorum gesehen, aber nie beobachtet, dass ein Kind genas, wenn die Erkrankung so weit wie in diesem Falle vorgeschritten war. Er ist überzeugt, dass die Heilung des Säuglings dem Antistreptococcen-Serum zuzuschreiben ist. Jede andere Behandlung wurde unterlassen.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

(4) Finsen empfiehlt zur Behandlung der Pocken das rothe Licht. Nach seinen „Anweisungen zur Behandlung" müssen 1. die chemisch wirkenden Strahlen des Sonnenlichtes vollkommen ausgeschlossen werden; auch, wenn eine nur kurze Einwirkung des Tageslichtes stattfindet, kann Suppuration und deren Folgen eintreten. Mit anderen Worten, die Haut ist während der Pockenerkrankung gegen Tageslicht empfindlich wie eine photographische Platte und muss wie eine solche sorgfältigst vor den

chemisch wirkenden Strahlen geschützt werden. Wenn man daher rothes Fensterglas benutzt, so muss dasselbe dunkelroth sein und wenn Vorhänge benutzt werden, so müssen sie sehr dick sein oder in mehrfachen Lagen liegen. Wenn der Patient isst oder während der ärztlichen Visite, muss künstliches Licht — z. B. schwaches Kerzenlicht — gebraucht werden, was ohne Gefahr geschehen kann. 2. Diese Methode verhindert nicht sondern erlaubt jede andere Behandlungsmethode, die für nothwendig erachtet wird. 3. Die Behandlung muss möglichst frühzeitig beginnen; je näher der Beginn der Suppuration, desto geringer die Aussicht auf Erfolg. 4. Der Patient muss unter der Wirkung des rothen Lichtes bleiben, bis die Bläschen abgetrocknet sind. Ref. möchte auf die Kritik dieses Verfahrens durch Moir hinweisen (The Lancet 29. Sept. 1894 ref. in diesem Archiv Bd. XXXIV. 1896. Heft 2 p. 309) und kann nur dessen Forderung beistimmen, den Patienten Luft und Licht in ausgiebigster Weise zu gewähren. Alfred Sternthal (Braunschweig).

(5) Im Anschluss an Masern entwickelten sich bei einem mit Prurigo behafteten 3jährigen Kinde an den verschiedensten Körperstellen (Wangen, Handgelenk, Glutäen) theils einzelstehende, theils ausgedehntere Herde von planem, nicht zu Geschwürsbildung neigendem Lupus. Die Affection hatte rasch ihren Höhepunkt erreicht und verblieb seither (seit 2 Jahren) in demselben Zustande. R. Winternitz (Prag).

(6) Die Autoren stellen einen Patienten vor, bei dem auf dem Dorsum penis eine 1½ Ctm. lange, 1 Ctm. breite oberflächliche Geschwürsfläche von graubrauner Farbe sich vorfindet, die die Kuppe eines teigigen Infiltrates einnimmt. Die Affection hatte sich aus einem vor 17 Jahren aufgetretenen, erbsengrossen Knötchen entwickelt, welches allmälig gewachsen und vor 1½ Monaten an der Spitze exulcerirt war. Histologisch wurde der Befund eines typischen tuberculösen Infiltrates mit Riesenzellen gemacht. In der sich anschliessenden Debatte ist ein Theil der Autoren (Julienne, Verchère, Dubreuilh) für Exstirpation des Infiltrates, andere wie Tenneson, Gaucher und Du Castel für Aetzung, und einzelne betonen die Wichtigkeit einer fortgesetzten Beobachtung der Leistendrüsen. R. Winternitz (Prag).

(7) Eine ausführliche Monographie, in welcher Hansen und Loft die beiden Hauptformen der Lepra, die Lepra tuberosa und maculoanaesthetica einer eingehenden Beschreibung unterziehen. Das Bestehen einer Lepra nervorum wird von den beiden Autoren geleugnet, da nach ihrer Behauptung in jedem gut beobachteten Falle sogenannter Lepra nervorum auch eine Hautaffection zu constatiren sei. Ausführlich beschrieben sind die klinischen Erscheinungsformen der Lepra, ferner die pathologische Anatomie und Histologie (Bacillenbefund nur in den Zellen, sehr selten auch ausserhalb derselben), während am Schlusse je ein Capitel der Diagnose, Prognose, Aetiologie und Therapie der Lepra gewidmet ist. Gustav Tandler (Prag).

(8) Kaurin. In einer Arbeit über das Verhältniss der Ursache der Lepra in Norsk Mag. for Laegevidenskaben 1889 theilte Kaurin, indem

er sich auf Dr. Schierbeck's Angaben stützte, mit, dass sich auf Island nur 30 Leprose fänden, und dass die dort befindlichen 4 Leproserien seit lange geschlossen wären, sowie, dass man die Leprosen dort nicht isolirte, sondern ihnen nur verböte zu heiraten. Da man sähe, dass die Krankheit auf Island seltener und seltener würde, trotzdem man keine Massregeln träfe, müsse dies Verhältniss nothwendigerweise gegen die Contagiosität, aber für die Erblichkeit sprechen. Nach den Untersuchungen des dänischen Arztes Ehlers auf Island ist dagegen die Anzahl der Leprosen bei Weitem grösser, indem er 141 Fälle gefunden hat, gleichwie die Krankheit sich an mehreren Orten fortwährend verbreitet. Das Verhältniss auf Island ist demnach ein Triumph für diejenigen, welche die Krankheit für ansteckend halten, und hier wie an anderen Orten findet man ein Zunehmen der Krankheit, wo man versäumt, die Leprosen zu isoliren. Die Lepra verschwindet in Norwegen mehr und mehr; im Jahre 1856 zählte man ungefähr 3000 Leprose, im Jahre 1892 nur 8—900, von denen die Hälfte in den Leproserien isolirt ist. Als das wirksamste Mittel betrachtet der Verfasser Zwangseinlegung aller Leprosen.

So rigorose Bestimmungen werden sich jedoch nicht durchführen lassen, und man hat sich in Norwegen mit einem Gesetze von 1885 begnügt, wonach der Leprose in seinem Heim isolirt werden kann oder, wenn eine solche Isolirung sich nicht ausführen lässt, ins Spital gebracht wird.

Der Verfasser theilt darauf die Prädilectionsstellen für die leprösen Eruptionen auf der Haut mit. Die Knoteneruptionen greifen besonders das Gesicht und die Extensionsseite der Arme an. Sie mögen nicht die Stellen, wo das Haarsystem sehr reichlich ist, auch nicht diejenigen, wo kein Haar vorhanden ist wie in vola manus und planta pedis; an welchen Stellen die meisten Verfasser keine Knoten gefunden zu haben behaupten. Der Verfasser hat dessenungeachtet im Leprahospital zu Recknas 3 Fälle mit Knoteneruption in vola manus gesehen. Einmal hat er Knoten an der Glans beobachtet. In planta pedis hat er niemals eigentliche Knoten gesehen, wohl aber oft infiltrirte bräunlichrothe, desquamirende erhöhte Flecken. Nur ganz selten hat er Knoten auf der Dorsalseite der dritten Phalanx der Finger und Zehen, die ja auch haarfrei sind, beobachtet.

Die knotige und die glatte Form der Lepra zeigen ein so verschiedenes Aussehen, dass es scheinen könnte, als wäre es nicht dieselbe Krankheit. Das Vorfinden desselben Bacillus in beiden beweist jedoch die Identität der Krankheit, gleichwie dieselben auch mit einander complicirt werden können. Bei der knotigen Form findet der Verfasser niemals Affectionen des Knochensystems; allerdings kommen Panaritien und Phlegmonen vor mit secundärer Knochenaffection und Uebergang in Caries und Nekrose, aber es sind nie neurotische Leiden wie bei der glatten Form.

Wenn die Krankheit, sowohl die knotige als die glatte Form, auf verschiedene Weise ihre Verheerungen angerichtet hat, entstehen, wenn der Kranke so lange lebt, die sogenannten verlaufenen Krankheitsformen, wovon die Abhandlung 3 Photographien zeigt. Der Patient mit Knotenlepra bietet dann ein glattes Aussehen dar. Die Knoten schwinden, weisse Narben hinterlassend. Die Gefühllosigkeit nimmt zu, das Sehvermögen ist oft geschwächt bis zur Blindheit wegen der schweren Augenaffectionen. Die Nase ist sehr häufig etwas eingesunken. Dagegen ist das Bewegungsvermögen der Hände und Füsse ziemlich gut.

Der an der glatten verlaufenen Form leidende Patient zeigt ein ganz anderes Aussehen. Der ganze Körper sieht aus wie ein verdorrter Baum. Hände und Füsse verstümmelt und contracturirt. Ausserdem findet sich oft die sogenannte gemischte Form, indem gewöhnlich die knotige Form mit der glatten complicirt wird. Einen Fall von „lèpre mixte d'emblée" (Leloir), wo beide Formen gleichzeitig beginnen, hat der Verfasser nicht gesehen. Dagegen hat er 2 Fälle beobachtet, wo die Krankheit als glatte Form begann und allmälig mit der knotigen complicirt wurde.

Der Verfasser hat neue Ausbrüche der Krankheit nach einer Pause von 10 bis 12 Jahren gesehen und denkt sich, dass die Bacillen dann irgendwo im Organismus, in den Lymphdrüsen oder inneren Organen deponirt sind.

Als innerliche Behandlung während der Eruptionen wird salicylsaures Natron empfohlen. Chirurgische Eingriffe sind oft nothwendig und von grossem Nutzen. Für den Verfasser ist die Lepra ausschliesslich eine ansteckende Krankheit, und die Erblichkeit spielt nur als disponirende Ursache eine Rolle.

Der Rückgang der Lepra in Norwegen macht es möglich, dass man bald 2 von den 5 Leproserien in Norwegen schliessen kann, nämlich Reknas bei Molde und Lungegaarden in Bergen.

Der Verfasser schliesst mit dem Wunsche, dass es bald gelingen möge, den Leprabacillus zu züchten. Rudolf Krefting (Christiania).

(9) In den letzten 3 Jahren sind 81 Leprose behandelt worden, von denen 6 geheilt, 6 besser und 26 ungeheilt ausscheiden. Unter den letzteren 15 Todte. Die 6 Geheilten — von denen 1 Mann und 5 Frauen — litten alle an der maculo-anästhetischen Form. Ausserdem wurden 10 Patienten mit verschiedenen anderen Krankheiten behandelt. Die Behandlung ist wesentlich dieselbe gewesen wie früher. Salicylsaures Natron innerlich während langer Zeit, Bäder und Schröpfen. Als neue Mittel versuchte man chlorsaures Kali ohne Wirkung. Methylblau wurde sowohl innerlich als subcutan angewendet bei einem Patienten mit knotiger Lepra. Bei beiden Applicationsmethoden wurden die Knoten und der Urin gefärbt. Bei der Untersuchung von Knoten fand man bei diesem Patienten den Farbstoff theils im Bindegewebe, theils in den Leuko-

cyten, aber man fand nicht einen einzigen Bacillus gefärbt. Salol in Pillen wurde bei 8 Kranken versucht, von denen 7 an der anästhetischen und 1 an der knotigen Form litten. In 5 Fällen konnte keine Veränderung wahrgenommen werden. Beim Patienten mit Knotenlepra schien die Krankheit inne zu halten, aber eine Zeit, nachdem der Patient mit Salol aufgehört hatte, nahm die Krankheit wieder zu. In einem Falle trat während der Salolbehandlu g eine sichtliche Verschlimmerung ein, indem ein anästhetischer Leproser Knotenausbruch bekam. In einem Falle konnte man eine bedeutende Besserung wahrnehmen. Pflasterbehandlung wurde nicht benutzt und wird von Danielsen nicht sehr geschätzt, da dieselbe nur eine anscheinende locale Besserung hervorruft. — Lungenlepra. Unter den pathologisch-anatomischen Untersuchungen wird der Fund von Leprabacillen in 3 Lungen erwähnt. In 2 Fällen war Lepra mit Tuberculose combinirt; im dritten Falle trat Lepra allein auf.

Bei dieser Veranlassung erwähnt Lie den Fall von Lungenlepra des italienischen Arztes Bonome, den der Verfasser als tuberculöse Phthisie ansieht, gleichwie er die Bacillen, welche von Bordoni Ufferduzzi von demselben Fall gezüchtet wurden, für Tuberkelbacillen ansieht. Das Merkwürdige bei diesem Fall ist, dass Bacillen aus dem Knochenmark gezüchtet sind, wo man nichts fand, was als eine lepröse Affection gedeutet werden konnte, während wirklich lepröse Gewebestücke negatives Resultat ergaben. Der Verfasser will jedoch nicht leugnen, dass sich in der Lunge des Bonome'schen Falles ausser Tuberculose Leprabacillen vorfanden, da man oft Leprabacillen in den Lungen finden kann, wenn auch stets in geringer Menge.

Nach Meinung des Verfassers ist es möglich, dass die cirrhotische, tuberculös infiltrirte Lunge ein besseres Terrain für den Leprabacillus ist, als die normale Lunge. Bei einem lebenden Patienten wird die Diagnose Lungenlepra fast unmöglich sein. Selbst wenn man Leprabacillen im Sputum entdeckt, kann es ebenso gut aus dem Munde, dem Rachen oder der Kehle kommen.

Nierenlepra, die zum Theil bestritten worden ist, muss als sicher existirend angesehen werden. Der Verfasser hat in 3 Fällen Leprabacillen in den Nieren gefunden. Der Fall von Nierenlepra, der früher im Jahre 1861 von Hedenius beschrieben worden, kann nicht als Lepra angesehen werden.

Ebenso wie in den Lungen finden sich nur gelegentlich Bacillen in grösseren Quantitäten in den Nieren, während man annehmen muss, dass sie sich oft in kleinen Mengen vorfinden. Als möglichen Grund dafür, dass die Leprabacillen in den Nieren so schlecht gedeihen, denkt der Verfasser sich, dass die Toxinen des Leprabacillus, die wie ähnliche Gifte derselben Art durch die Nieren eliminirt werden, gleichzeitig wie sie gewisse Nierenaffectionen veranlassen, bei ihrer Passage auch die Nieren mehr oder weniger ungeeignet als Aufenthaltsort für lebensfähige Leprabacillen machen. Die Lage der Bacillen gab deutlich die Blutbahn

als Invasionsweg an. Es ist somit wenig Hoffnung vorhanden, Nierenlepra beim lebenden Patienten diagnosticiren zu können.

Schliesslich wird ein Fall von combinirter Lepra und Tuberculose besprochen, wobei gleichzeitig die mikroskopische Differentialdiagnose erwähnt wird. Weder Riesenzellen noch käsige Degeneration finden sich bei der Lepra. Selbst Schäffer's Riesenzellen zieht der Verfasser in Zweifel. Als von grosser Bedeutung sieht der Verfasser die leprösen Zellen mit ihren „Globi" und Vacuolen an. Einige Fälle, die früher als Lepra miliare beschrieben worden, müssen als Tuberculose angesehen werden. Rudolf Krefting (Christiania).

Erythematöse, ekzematöse, squamöse Entzündungsprocesse.

1. **Feulard**, H. Impetigo (Pyodermite impetigineuse) des Gesichtes mit nachfolgender Stomatitis, Drüsenphlegmone und Albuminurie. Soc. de derm. et de syph. Annal. 1895 p. 367.
2. **Galezowski.** Ueber Eczem der Augenlider und seine Behandlung. Soc. fr. de derm. et de syph. Annal. 1895 p. 300.
3. **Giovannini**, S. Contribuzione allo studio istologico della cheratosi pilare. Lo sperimentale. XLIX Nr. 34.
4. **Hallopeau** und **Jeanselme.** Ueber zwei Formen von Acne cornea. Soc. fr. de derm. et de syph. Ann. 1895, p. 305.
5. **Tenneson** und **Leredde.** Ueber keratoide Acne. (Acné kératique.) Annal. de derm. et de syph. 1895 p. 285.
6. **Du Castel.** Dermatite polymorphe douloureuse chronique à roussées successives. Soc. de dermat. et de derm. Annal. 1895 p. 340.
7. **Elliot**, George T. Two cases of an unusual papulo-pustular and fungoid bromide of potassium eruption in babies. Med. Record. N. York. 2. Nov. 1895.
8. **Dubreuilh.** Ueber einen Fall von circinnärer chronischer Eruption auf der Hand. Soc. de derm. et de syph. Annal. 1895 p. 355.
9. **Jamieson**, Allan. On some superficial affections of the red portion of the lips. The Brit. Med. Journ. 7. Dec. 1895.
10. **Leredde** und **Perrin.** Pathologische Anatomie der Duhring'schen Erkrankung. Annales de derm. et de syph. 1895 p. 281.
11. **Gaston**, Paul. Ueber die Section bei einem Fall von Duhring'scher Krankheit. Soc. fr. de derm. et de syph. Ann. 1895 p. 314.
12. **Grón**, K. Dermatitis gestationis Norsk Magaz. f. Lagevidenskaben. 1896 Nr. 5.
13. **Douglas**, C. E. A case of bilateral herpes zoster of the fifth pair. The Brit. Med. Journ. 13. April 1895.
14. **Drinkwater**, H. Remarks on a case of herpes of unusual distribution. The Brit. Med. Journ. 13. April 1895.

15. **Tenneson.** Ein Fall von Kerion auf dem Halse. Soc. de derm. et de syph. Annal. 1895 p. 346.
16. **Pearse**, T. Frederick. On so-called gouty psoriasis. The Lancet. 14. Dec. 1895.
17. **Preece**, Harry R. A case of psoriasis of many years standing treated with thyroid extract. The Brit. Med. Journ. 30. März 1895.
18. **Nicolaysen**, Julius. Ein Fall von Menstruations-Exanthem. Lichen menstrualis. Heibergs Festschrift p. 202.
19. **Gauchez, Barbe** und **Balli.** Lichen planus atrophic. pigmentosus. Soc. fr. de derm. et de syph. Annal. 1895 p. 302.
20. **Krefting.** Lichen ruber planus und Pityriasis rosea (Gibert). Forh. norsk Mag. f. Lagevidenskaben 1894 p. 134.
21. **Krefting.** Lichen ruber hypertrophicus. Norsk Magazin for Lagevidenskaben Taur 1896.
22. **Méneau** (de la Bourboule). Drei neue Fälle von Pityriasis rubra pilaris. Soc. de dermat. et de syph. 1895. Annal. p. 395.
23. **Scabchard,** Walter. A case of pityriasis rubra treated by thyroid tabloids. The Brit. Med. Journ. 30. März 1895.
24. **Gaston**, Paul. Ein Fall von trophischen Störungen der Extremitäten mit Symptomen der Syringomyelie. Soc. de derm. et de syphil. Ann. 1895 p. 347.
25. **Hallopeau** und **Le Damany.** Anmerkung bezüglich des Falles von necrotisch gangränöser Affection des Kopfes Soc. fr. de derm. et de syph. Annal. 1895 p. 292.

(1) Ein achtjähriges Kind erkrankt an Impetigo des Gesichtes, bekommt unter starken Fiebererscheinungen Eruptionen von diphtheroid aussehenden Efflorescenzen an der Mundschleimhaut, weiters eine Geschwürsbildung an der Arcade, Albuminurie und eine vereiternde Entzündung der seitlichen Halslymphdrüsen. Energische Touchirungen und Spülungen brachten die Mundaffection, Spaltung die Drüsenaffection zur Heilung. Den Ausgangspunkt dieses Krankheitsfalles hatten der citrige Schnupfen und etliche Efflorescenzen an den Nasenöffnungen bei der Wärterin des Kindes abgegeben. R. Winternitz (Prag).

(2) Galezowski demonstrirt mehrere Fälle von Eczema seborrhoicum et impetiginosum der Augenlider. Der eine Fall betraf ein 7jähriges Kind. Dasselbe zeigte breite Ulcerationen der Augenlider, die sich auf die Wangen ausdehnten und mit bedeutender Krustenbildung complicirt waren. Bei dem zweiten Fall (41j. Pat.) waren neben crustösem Eczem der Augenlider Entzündung der Sclerotica und Staphylom, bei dem dritten (58 J.) herpetische Plaques auf der Stirn und um das Ohr vorhanden. G. betont die Hartnäckigkeit der Lideczeme, hebt die ausgezeichneten Resultate der Anwendung fein gepulverten Calomels oder einer Mischung von Calomel mit Bor, weiters von Bädern mit Phenol-Naphthollösung hervor. Bei Corneaulcerationen verwendet er Salben mit neutralem Hydrargyrum phenolicum. R. Winternitz (Prag).

(3) Giovannini führte histologische Untersuchungen über Keratosis pilaris der Extremitäten an zwölf Hautstückchen aus, die er ebensovielen lebenden Menschen entnommen hatte; die Ergebnisse waren folgende: Vier Fünftel der untersuchten Follikel enthielten Haare, welche des Halses gänzlich entbehrten, und zwei Drittel solcher Follikel zeigten keine Andeutung einer Neubildung von Haaren. Bei den vollständigen Haaren fand sich in der Matrix eine bedeutende Verminderung der Mitosen. Die Reteschichten des Infundibulum sind stark reducirt, in rapider Verhornung begriffen. Die verhornten Zellen bilden einen Zapfen, der oft über das Niveau der Haut emporragt. Diese Verhornung reicht an Follikeln mit halslosen Haaren an, ja bis unter die Ansatzstelle der Musculi arrectores; auch im Bereiche dieser Verhornung sind die Mitosen im Rete sehr spärlich. Die Haare verlaufen im Follikel häufig gestreckt, sehr häufig jedoch auch geknickt, gebogen, spiralig eingerollt und mannigfach verkrümmt; die Follikel sind dementsprechend erweitert. Die Follikel öffnen sich nicht immer frei an der Oberfläche, sondern häufig münden 2—3 in der Tiefe eines gemeinsamen Infundibulum von abnormer Tiefe. An halslosen Haaren ist die Papille sehr klein oder fehlt ganz, ist aber auch an den vollständigen Haaren nur schwach entwickelt. Der unter der Ansatzstelle der Musculi arrect. befindliche Theil des Follikels ist häufig stark verkümmert und verkürzt; an solchen Follikeln findet man an der Ansatzstelle der M. arrect. tiefere Ausbuchtungen der Wand, mit necrotischen Herden im Epithele. Häufig erscheinen die Follikel nur auf eine oberflächliche Einbuchtung des Derma reducirt und nur von gewöhnlicher Epidermis umkleidet, oder es ist von ihnen überhaupt nur der unterste Theil erhalten; im ersteren Falle finden sich die Haare mannigfach verkrümmt zwischen den Epithelien, im zweiten Falle sind sie vollständig im Derma eingebettet. Einzelne Follikel sind gänzlich zu Grunde gegangen. Die Musculi arrectores zeigen durchaus keine Veränderungen. Die Gefässe bewahren in einer bedeutenden Zahl der Fälle normales Verhalten oder sind nur geringfügig erweitert. Bei einer Anzahl von Fällen jedoch sind sichere Zeichen von Entzündung vorhanden, namentlich im oberen, über dem M. arrect befindlichen Theile. Bei ungefähr $^3/_5$ der untersuchten Follikel fehlten die Talgdrüsen gänzlich, bei den übrigen $^2/_5$ erschienen sie mehr weniger verkümmert, oft nur auf 1—3 Fettzellen beschränkt. An den Schweissdrüsen, in der Epidermis und im Bindegewebe des Derma nichts abnormes.

Th. Spietschka (Prag).

(4) Hallopeau und Jeanselme demonstriren drei Fälle von Acne cornea, welche, obzwar einander in ihren Efflorescenzen sehr ähnlich, doch nach Localisation, Art der Gruppenbildung und Entwicklung in zwei Formen unterschieden werden. Bei der einen Form sind die Efflorescenzen in Gruppen vertheilt und zumeist auf den Extremitäten und der Hinterseite der Achseln localisirt. Die Krankheit zeigt eine Fortentwicklung. Bei der anderen Form sind die Elemente zerstreut, auf der unteren Hälfte der Rücken-Lendengegend gelagert und zeigen keinerlei

Neigung sich zu ändern oder zu vermehren. Die einzelnen Efflorescenzen der Acne sind durch Comedonen gebildet, die stellenweise fadenförmig, dunkel gefärbt und mehrere Mm. lang sind. Die Bälge erinnern durch ihre blassrothe Farbe an Pityriasis rubra pilaris. — Die Gruppen der erstbeschriebenen Form bestehen theils aus nur sehr wenigen, theils aus ungemein zahlreichen Elementen. Die Grenzen der Gruppen sind nicht scharfe. Die mikroskopische Untersuchung der Follikel ergab Anhäufung von Hornzellen, wenig Fett. Die in Kalilauge separirten, doppelt contourirten, runden Formelemente, die theils frei, theils in Hornzellen eingeschlossen waren, erwiesen sich als Kunstproducte. R. Winternitz (Prag).

(5) Bei einem kräftigen Manne von 26 Jahren, einem starken Esser, begann die Affection vor 1½ Jahren an der linken Schulter. Sie ergriff allmälig Rücken, Schultern, Vorderseite des Thorax und das Gesicht. Die Affection war in unregelmässigen, assymmetrischen Flächen, deren Contouren Kreisbögen von grossem Durchmesser darstellten, angeordnet. Die Efflorescenzen waren hornartige Erhebungen, die die Haarbälge betrafen. Durch das dichte Zusammenstehen der Erhebungen entstand beim Hinüberstreichen über die Stellen das Gefühl eines Reibeisens. Die Efflorescenzen hatten die Grösse eines Hirsekornes, waren grau, die umgebende Haut war von normaler Farbe. Vereinzelte Plaques waren in der Lendengegend, an der Vorderseite der Schulter, der Sternalgegend und im Gesicht. Efflorescenzen fehlten an der Streckseite der Arme, an den Glutaeen, an der Vorderseite der Oberschenkel, also den Lieblingssitzen der Keratosis pilaris. Jucken und Allgemeinsymptome fehlten. Die histologische Untersuchung ergab, dass die Haarbälge von reichlichen Wanderzellen, namentlich um die Gefässe herum eingescheidet, die Gefässe selbst ausgedehnt waren, viel mehr weisse Blutzellen enthielten, weiters dass Wanderzellen zwischen die Epithelzellen eingedrungen waren. Die Hornschicht erschien verdünnt, bildete einen förmlichen Krater, der aus unregelmässig geschichteten Lamellen zusammengesetzt erschien. Die Vertiefung des Kraters ist durch ein necrosirtes Haar, das von Hornlamellen umgeben ist, ausgefüllt. Die dem Balg angehörenden Talgdrüsen sind durch umgebende Wanderzellenansammlung derartig bedeckt, dass man kaum eine Spur der normalen Talgzellen findet. Das Stratum granulosum war dünn, das Stratum lucidum fehlte. Mikroorganismen wurden nicht gefunden.

Die Autoren sondern diese Erkrankung von der Acné cornée (Leloir und Vidal), resp. von der Affection, die von Hardy als Acné sebacée cornée, von Besnier als Angiofolliculite kératosique simple bezeichnet wurde, und welche fettig aussehende, braun schwarze Plaques von 2—3 Ctm. Durchmesser und 3—4 Mm. Höhe bildet. Histologisch unterscheidet sich diese Form von der Acné kératique durch das Fehlen der Talgdrüsenveränderung. R. Winternitz (Prag).

(6) Du Castel's Patientin hat seit ihrer Kindheit mehrfache Hauterkrankungen (Prurigo, Scarlatina u. a.) gehabt. In ihrem 50. Jahre entstand nach vorausgehenden, durch ein Jahr dauernden örtlichen neural-

gischen Schmerzen in der Rückenpartie ein 30 Ctm. lange, 25 Ctm. breiter erythematöser Herd mit unregelmässig kreisförmigen Rändern. Innerhalb desselben sind kreisförmig angeordnete blasenartige Abhebungen vorhanden, welche ihrerseits eine intensiver geröthete centrale Partie des Heerdes umgeben. Später traten zwei Plaques von Lichen planus am Halse, eine grosse Blase am linken Unterschenkel und mit impetiginösen Borken bedeckte Herde an der vorderen Haargrenze auf.

Du Castel hält dieses Exanthem als auf nervöser Basis entstanden, Hallopeau auf chemischer. R. Winternitz (Prag).

(7) Elliot beschreibt 2 Fälle von Bromausschlag schweren Charakters bei zwei 9, resp. 6 Monate alten Kindern. Der Ausschlag war zuerst ein gemischt papulo-pustulöser, später handelte es sich um discrete, gruppirte und confluirende, wuchernde und mit Krusten bedeckte Läsionen. Der Ausschlag erschien einige Zeit nach Darreichung von Bromkali, vermehrte sich, so lange es genommen wurde, und verschwand, als es weggelassen wurde. Diese Eigenthümlichkeiten der Entstehung, des Verlaufes und der Rückbildung repräsentiren die Beweise für die Veranlassung eines Ausschlages durch ein Medicament. Verfasser weist auf die Schwierigkeiten hin, die unter Umständen die Diagnose eines Bromausschlages darbieten kann und bespricht kurz die Differentialdiagnose.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

(8) Die von Dubreuilh beschriebene, eminent chronische Affection, welche schon seit fünf Jahren bestand, glich der von Colcott Fox unter dem Namen ringed eruption on the fingers geschilderten Hauterkrankung, unterschied sich jedoch von ihr durch das Fehlen von Röthung. Die Efflorescenzen, welche am Rücken mehrerer Finger vorhanden waren, waren als sehr harte, keloidartige, blasse Erhebungen von Linsengrösse aufgetreten, die langsam excentrisch wachsend zu Kreisen heranwuchsen, während die centralen Partien vollständig normal wurden. Die peripherşten Theile der wulstförmigen Ränder des Kreises waren blassviolett und etwas schuppend. Die Läsion betraf bloss die obersten Partien des Dermas. Mikroskopisch wurde eine leichte Verdickung des Stratum granulosum, Verkürzung der interpapillären Epidermiszapfen, Verkürzung und Verbreiterung der Papillen nachgewiesen. Die mittleren Schichten des Dermas zeigten eine recht diffuse Zellinfiltration. R. Winternitz (Prag).

(9) Jamieson erwähnt zunächst den gewöhnlichen Herpes labialis, dann die Lippenfissuren. Nur auf das Lippenroth beschränktes Eczem ist selten; Verfasser theilt 2 Fälle desselben mit. Zum Schluss beschreibt er ausführlich einen Fall, der seit 3 Jahren bestand und ein eigenthümliches Aussehen darbot. Die Unterlippe des 33jährigen, sonst gesunden Mannes ist um das doppelte geschwollen und nach aussen gestülpt. Jederseits an der Lippe waren die äussersten Ecken gesund, der mittlere Theil war theils roth und granulös, theils mit schmutzig gelben Krusten bedeckt, theils narbig; die Narbe war reich, weiss und zart. Die innere Fläche zeigte ein weissliches Häutchen über der rothen Mucosa, das sich allmälig nach dem Zahnfleisch zu verlor. Das Zahnfleisch selbst

war geschwollen und wuchernd. Die Zähne im Unterkiefer waren braun und mit Zahnstein bedeckt. Zeitweilig bestand ausstrahlender Schmerz in der Lippe oder ein brennendes Gefühl. Die Oberfläche blutete leicht. Die Behandlung bestand zuerst in der Anwendung von Umschlägen mit Borsäure und Stärkemehl, bis die Lippe sich gereinigt hatte, dann wurde sie mit 5% wässriger Milchsäurelösung geätzt und mit Zinkichthyolsalbenmull verbunden. Mikroskopische Schnitte eines von der linken Seite excidirten Stückchens ergaben ein Bild wie beim Epitheliom, womit auch klinisch die Affection die meiste Aehnlichkeit zeigte. Eine Abbildung der Erkrankung und zweier mikroskopischen Schnitte zeigen diese Verhältnisse. — Verfasser erwähnt dann noch, dass an der Lippe kleine warzige Wucherungen vorkommen können, gewöhnlich an der Unterlippe, die lange oberflächlich bleiben, aber leicht degeneriren und zu tief eindringenden Epitheliomen werden. — Ausserdem treten, namentlich an der Unterlippe älterer Frauen, Gefässwucherungen auf, die gewöhnlich die Gestalt venöser Naevi annehmen, dunkel purpurroth sind und reiche Hervorragungen bilden von der Grösse einer halben Erbse und darüber. Sie verursachen keine subjectiven Empfindungen, sind aber entstellend. Durch Elektrolyse können sie gut beseitigt werden. — In einem Falle sah Verfasser Molluscum contagiosum an der Lippe.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

(10) Die Autoren haben an zu Lebzeiten excidirten Hautstücken von Herpes gestationis folgende Befunde gemacht: Sehr reichliche Kerne um die Gefässe, namentlich in der subpapillären Schicht. Im tiefen Derma ist die Infiltration mehr gesondert, wobei auch grosse parivasculäre Herde bestehen. Innerhalb der Herde des subpapillären Gewebes unterscheiden sie drei Arten von Kernen: 1. Grosse, ovaläre Kerne, wenig färbbar, mit sehr deutlichen Kernkörperchen und sehr schütterer Chromatinsubstanz. Sie umgeben die Lichtung der Blut- und Lymphgefässe und bedecken die Bindegewebsbündel des intervasculären Gewebes. 2. Runde oder polyëdrische, viel kleinere Kerne ohne Nucleolus, sehr stark färbbar; Lagerung nur um die Gefässe. Diese werden als Lymphocyten angesprochen. 3. Noch viel kleinere, weniger färbbare Kerne mit centralem Nucleolus. Sie sind fast immer in einiger Entfernung von den Gefässen, mehrfache Lagen zwischen den fixen Bindegewebszellen bildend. Ausserdem fanden die Autoren äusserst reichliche Mastzelien, die in Entfernung von den Gefässen vorhanden sind. Das Rete mucosum zeigt mässige Hypertrophie. Die untersuchten Bläschen waren erfüllt mit eosinophilen Zellen. Die Autoren nehmen an, dass sich die Haut einer Substanz entledige, mit welcher sich die weissen Zellen beladen. R. Winternitz (Prag).

(11) Gaston hebt aus dem Sectionsbefunde einer Duhring'schen Erkrankung folgende Punkte hervor: 1. Das Sterilbleiben von Culturen, die aus der Blasenflüssigkeit gewonnen waren. (Doch wurden in anderen Fällen verschiedene Coccen aus dem Blaseninhalt gezüchtet.) 2. Das Vorhandensein eines Pott'schen Uebels. Gaston weist auf ähnliche Beobachtungen von Brocq, Bristowe und einen eigenen Fall hin, in wel-

chen Caries der Wirbelsäule, weiters Degeneration der Nervenäste entsprechend den kranken Hautregionen, weiters Adhäsionen der Meningen mit der Vorderfläche der Wirbel nachgewiesen wurden und findet in solchen Befunden eine Anregung, nach nervösen Läsionen in dieser Richtung weiter zu forschen. Endlich 3. Das Vorhandensein von Nierenstörungen, die sich in ähnlicher Art auch bei einem anderen, von ihm und Leredde beobachteten Falle gefunden haben. In der Discussion erwähnen Tennesson und Besnier, dass bei der Dermatitis von Duhring sowie bei anderen ausgedehnten Dermatosen eine Herabsetzung der N-Ausscheidung nachgewiesen ist. R. Winternitz (Prag).

(12) Grón vertheidigt die Auffassung der Dermatitis gestationis als eine specielle Hautkrankheit, zwar verwandt mit Dermatitis herpetiformis Duhring, aber sich von dieser auszeichnend durch die ausnahmslose Anschliessung an die Perioden der Schwangerschaft und des Wochenbetts. Er referirt einen, wie er meint, tyypischen Fall von Schwangerschafts-Dermatit. Casus wurde in der siebten Schwangerschaft einer 34jährigen Frau beobachtet; der Ausschlag fing im Beginne des siebten Monats an und dauerte noch ein oder zwei Monate nach der Geburt fort. Ganz entgegen von Fournier behaupteten Integrität des Allgemeinbefindens war der Fall durch Nephritis (bis 0.3% Eiweiss im Harne und Hydrops) und seröse Effusion in beiden Pleurasäcken complicirt. Der Ausschlag erschien zum ersten Male während des zweiten Puerperium nach der Niederkunft, während des dritten acht Tage und während des fünften vierzehn Tage vor der Entbindung. In der 5. und 6. Gravidität hatte sie nur ganz leichte Eruptionen kurze Zeit nach der Niederkunft. In einer noch späteren (8.) Schwangerschaft bekam sie gar keinen Ausschlag, weil (wie der Autor meint) die Frucht im sechsten oder siebten Monat todt ausgestossen wurde.

Rudolf Krefting (Christiania).

(13) Douglas theilt kurz einen Fall von doppelseitigem Herpes zoster im Gebiete des 5. Gehirnnervenpaares mit.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

(15) Tenneson demonstrirt einen Fall von Kerion auf dem Halse mit zahlreichen unregelmässig begrenzten Herden. Der Patient hatte täglich mit Pferden zu hantiren. Tenneson identificirt des Kerion und die acquirirte Perifolliculitis. Behufs rascher Heilung empfiehlt er die Auskratzung. Hallopeau und Besnier halten die energische Anwendung von Jod resp. Jodtinctur für ebenso wirksam.

R. Winternitz (Prag).

(16) Pearse behauptet, dass die Psoriasis der Gichtiker niemals in der Kindheit und selten vor den mittleren Lebensjahren beginne; der Patient bietet gewöhnlich in seiner oder der Familie Krankengeschichte Gichtanfälle dar. Diese Form der Psoriasis ergreift die Beugeflächen ebenso wie die Streckseiten der Extremitäten, weist beträchtliches Jucken auf, hat kleine Herde, die nicht stark schuppen, und die Schuppen sind klein und können leicht abgestreift werden. Die Eruption ist un-

regelmässig über den Körper verstreut. Sie hat die Neigung sich mit Eczem zu compliciren. Bei den gewöhnlichen Behandlungsmethoden der Psoriasis verschlechtert sie sich oft. Diese Patienten vertragen Arsen schlecht, und stimulirende Flüssigkeiten und scharf gewürzte Nahrungsmittel sowohl als Zucker haben auf die Eruption einen ungünstigen Einfluss. Diese Form wechselt in einigen Fällen mit acuten Gichtanfällen ab, in anderen scheint sie durch diese Anfälle aufgehoben zu werden. Unter Gebrauch von „Mitteln gegen die Gicht" verschwindet sie oft sehr schnell. Pathologisch betrachtet ist sie eine Manifestation der Gicht, mithin eine von der echten Psoriasis verschiedene und von ihr zu trennende Krankheit. Alfred Sternthal (Braunschweig).

(18) Nicolaysen theilt einen Fall von Menstruations-Exanthem bei einem 23jährigen Dienstmädchen mit, welcher während eines 5monatlichen Aufenthalts im Hospital (Professor Boecks Abtheilung) gleich zeitig mit der Menstruation auftrat. Das Exanthem war papulös, streng symmetrisch an den Armen, Schultern und auf dem Rücken mit Plaques auf den Mandeln. Die Eruption erinnerte etwas an syphilitische Efflorescenzen, unterschied sich aber davon sowohl makroskopisch als mikroskopisch. Wegen des lichenoiden Charakters der Papeln nennt Nicolaysen die Krankheit: Lichen menstrualis.

Rudolf Krefting (Christiania).

(19) Zwei Jahre bestehender Fall mit theils isolirten, theils in Plaques vereinigten knötchenförmigen Herden, die zum grössten Theil eingesunken, atrophisch, resp. durch förmliche narbige Fleckchen ersetzt sind. Der grösste Theil der Herde ist mit einer glänzenden Schuppe bedeckt. Die Pigmentirung, die sehr rasch aufgetreten ist, ist sehr auffallend, Jucken bestand nur kurze Zeit. Die Autoren heben namentlich das atrophische Aussehen der Herde hervor, gegen welchen Ausdruck Dubreuilh und Darier opponiren. R. Winternitz (Prag.

(20) Krefting zeigte einen Fall von Lichen ruber planus bei einem 25jährigen Manne. Die Krankheit war symmetrisch über der Extremitäten und den hinteren Theil des Truncus verbreitet, von der Sacralregion aufwärts. An den Stellen, wo der Process angefangen hatte zurückzugehen, sah man eine ungeheuer starke Pigmentirung mit fast schwarzer Farbe. Behandlung mit grossen Dosen Arsenik und warmen Duschen erwies sich von guter Wirkung. Krefting zeigte darauf einen 28jährigen Mann mit charakteristischer Pityriasis rosea. Ein grösserer Fleck auf der Brust konnte als Plaque primitive (Brocq) gedeutet werden. Rudolf Krefting (Christiania).

(21) Krefting theilt einen Fall von Lichen ruber hypertrophicus bei einer 45jährigen Frau mit, wo die Waden fast gänzlich ein verrucöses Aussehen zeigten mit einzelnen charakteristischen Lichen ruber-Papeln in der Peripherie der verdickten, zum Theil aufgekratzten Hautflächen. Gleichzeitig auch ein symmetrisches Exanthem von Lichen ruber-Papeln an den Schulter- und Hüftenpartien sowie auf der Extensionsseite der Arme. An den Waden hatte die Krankheit vor 3 Jahren

begonnen; der universelle Ausbruch von Papeln vor ca. 5 Monaten. Die Krankheit ist im Laufe von 3 Monaten sehr zurückgegangen beim Gebrauch von Arsenik, starkes Pigment theils mit etwas Substanzverlust hinterlassend. Die Waden zeigen dagegen immer noch das verrucöse Aussehen, aber die Haut ist bleich geworden und juckt nicht.

Rudolf Krefting (Christiania).

(22) Méneau hält die Identität von Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pil. für zweifellos, ebenso wie die Verschiedenheit dieser Affectionen gegenüber Lichen ruber planus. Die von ihm demonstrirten Fälle zeigen gleichzeitiges Vorhandensein von acuminirten und flachen Papeln. (Und dennoch beide different? — Ref.) Die Einreihung zur Pityr. r. p. erfolgte aus anatomischen Gründen (— die planen Papeln erwiesen sich als blosse Epidermisverdickungen —), weiters wegen der typischen Localisation und sonstiger Beschaffenheit der erkrankten Stellen.

R. Winternitz (Prag).

(23) Scabchard theilt einen Fall von Pityriasis rubra mit, bei dem die Haut, nach vergeblicher localer und interner Behandlung, unter Gebrauch von Thyreoidea-Tabletten, innerhalb weniger Wochen normal wurde. Doch litt das Allgemeinbefinden schwer bei dieser Therapie: die Patientin magerte ab, war niedergeschlagen, anämisch und kurzathmig (in Folge von Herzschwäche). Diese Symptome verschwanden aber wieder nach Aussetzen der Tabletten und unter Gebrauch von Strychnin und Wein.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

(24) Gaston's Kranker, ein 51j. Gassenreiniger, bietet schmerzlose Panaritien der beiderseitigen Kleinfinger, Geschwürsherde an den Sohlenflächen mehrerer Zehen, herabgesetzte Schmerz, Tast- und Wärmeempfindung, Einengung der Gesichtsfelder und Fehlen der Geschmacksempfindung. Da bei dem mit Lungentuberculose behafteten Kranken wiederholt Erfrörungen an Händen und Füssen vorgekommen waren, hält Gaston peripherische Neuritis für die wahrscheinliche Ursache der Extremitätenherde.

R. Winternitz (Prag).

(25) Als Anhang zu der Annal. 1895 p. 213 gegebenen und in dieser Zeitschrift bereits referirten Schilderung sei angeführt, dass bei dem betreffenden Kranken erysipelatoide Entzündung des Gesichts, weiters Gangrän an Stelle einer im Gesunden gemachten Excision eintrat, weiters dass ein Theil der Infiltrate sich rückbildete und alle Ulcerationen vernarbten. Aus dem histologischen Befund der Autoren sei auf endo- und perivasculäre Störungen entzündlicher Natur hingewiesen. Die hiedurch auftretenden Obliterationen und Thrombosen halten die Autoren für Ursache der Gangrän.

R. Winternitz (Prag).

Bildungsanomalien.

1. **Zbankow**, D. N. Ein Fall von Alopecia universalis. Medizinskoje Obosrenie. 1895. Bd. 43. Nr. 12, p. 1151—1154. Russisch.

2. **Grass**, Jules und **Török**, Louis. Ein Fall von lamellöser Exfoliation der Neugeborenen. Annales de dermat. et de syphil. 1895, 104—108.
3. **Darier**. Ein neuer Fall von Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans.) Annales de Derm. et de Syphiligr. 1895, p. 97—103.
4. **Bergh**, A. Keratoma palmare et plantare hereditarium. Hygien. 1895. I. S. 565.
5. **Wolters**. Sclerodermia circumscripta. (Krankenvorstellung. Niederrhein. Gesellsch. für Natur- und Heilkunde in Bonn. Deutsch. med. Wochenschr. 1895. Nr. 51.)
6. Du **Castel**. Ein Fall von Analsarcom Soc. de derm. et de syphil. Annal. 1895. p. 117.
7. **Leredde**. Ein Fall von Mycosis fungoides. Soc. franc. de dermatol. et de syph. Annales 1895. p. 207.
8. **Karewsky**. Multiple Angiosarcomata in a Newborn Infant. Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance. Juli 1895. Ref. The American Journal of the Medical Sciences. Vol. CX. Nr. 4. October 1895.
9. **Barthélemy**. Zwei Fälle von Melanodermie von gleichem Aussehen aber verschiedenem Ursprung. Soc. de derm. et de syphil. Annal. 1895 S. 351.
10. **Nobbs**, Athelstane. Thyroid medication in ichthyosis. The Brit. Med. Journ. 30. März 1895.
11. **Balzer**, F. Ein Fall von Myxödem, behandelt durch Verabreichung von frischen Schilddrüsen. Soc. de derm. et de syphil. Ann. 1895 p. 378.
12. **Elder**, Matthew. A case of myxoedema treated with thyroid extract. The Brit. Med. Journ. 30. März 1895.
13. **Roberts**, Leslie. A case of mycosis fungoides. The Lancet. 23. Nov. 1895.
14. **Hallopeau** und **Salmon**. Drei Fälle von Mycosis fungoides. Soc. de derm. et de syph. Annal. 1895 p. 331.
15. **Brigidi**, V. Un caso di Sarcomatosi cutanea. Il Morgagni 1896. I. Nr. 3.
16. **Schwimmer**, E. Psorospermosis (Darier) Keratosis hypertrophica universalis. Mit einer farbigen Tafel. Bibliotheka medica, Abthlg. D II, Heft I. Cassel, Fischer 1895.
17. **Tommaso** de Amicis. Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la Psorospermose cutanée végétante. Bibliotheca medica, Abtheilung D II, Heft 3, Cassel, Fischer 1894.
18. **Sawtschenko**. Sporozoen in Geschwülsten (Carcinomen und Sarcomen) mit 3 Tafeln. Bibliotheka medica, Abtheilung D II, Heft 4. Cassel, Fischer 1895.
19. **Fumagalli**, A. Esame anatomico di epiteliomi cicatrizzati con l'impiego del Cloralo di Potassa. Archivio per le scienze mediche. Vol. XIX. Nr. 18.
20. **Trombella**, Sergi D. Sulla sieroterapia del Cancro. Il Morgagni 1896 I. Nr. 1.

21. **Kaposi, M.** Demonstration einer als Molluscum contagiosum giganteum zu benennenden Krankheitsform in der Sitz d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien, vom 8. Mai 1896. Wiener klinische Wochenschr. 1896, Nr. 26.

(1) Der von Zbankow beschriebene Fall von Alopecia universalis betrifft einen 14 Jahre alten Knaben, der schon seit dem 7. Lebensjahre an der genannten Krankheit leidet. Aus der Anamnese war nur zu eruiren, dass mit einem Jahre früher Pat. in einen Wasserbach fiel, so dass der Process hier höchst wahrscheinlich nervösen oder vasomotorischen Ursprungs sei. A. Grünfeld (Rostow).

(2) Ein auf der Budapester Gebärklinik mit Zange geborenes Kind zeigte neben sonstiger guter Entwicklung ausgebreitete Hautveränderungen. Die Haut war überall, namentlich aber auf der Vorderseite des Stammes, im Gesicht und an den Extremitäten, gelbbraun verfärbt, trocken, glänzend. Auf dem Bauch, dem Thorax und den Extremitäten zeigte diese wie mit einem feinen Collodiumüberzug versehene Haut ganz oberflächliche Fissuren, die nur die oberste glänzende Schicht betrafen; letztere löste sich am Rande dieser Risse ab, während sie sonst innig mit der Unterlage zusammenhing. In den Rissen selbst war die Haut vollständig normal. Ebenso am Rücken, wo sie nur tiefer roth war. Handteller und Fusssohlen zeigten dieselben Veränderungen wie der Bauch. Die Verfasser reihen diesen Fall unter die von Hebra und Kaposi als Ichthyosis sebacea bezeichneten Erkrankungen ein, halten aber, da die kleien- und pityriasisforme Abschuppung in diesen Fällen vorwiegend aus Hornzellen besteht, dafür, dass die Erkrankung überhaupt nichts mit Seborrhoe zu thun habe. Vielmehr handle es sich bloss um eine stärkere Abstossung von Hornzellen, wie sie bei Neugeborenen als Folge der stärkeren Wucherung des Rete malpighi mit welcher die Hornschichten nicht Schritt halten, vorkomme. Die Fälle von sogenannter Ichthyosis sebacea stellen somit nur ungewöhnliche Grade der physiologischen Abschuppung der Neugeborenen dar, dadurch bedingt, dass die Hornzellen, welche gewöhnlich nicht sehr fest zusammenhängen und deshalb in kleinen Lamellen abschilfern, in den genannten Fällen eine bedeutende Cohärenz besitzen und ähnlich wie das Epitrichium gewisser Thiere in ganzen Fetzen abgestossen werden. Davon verschieden sei die Ichthyosis foetalis, die auf Aplasie und Atrophie beruhe, weiters die gewöhnliche, stationäre Ichthyosis. Verfasser schlagen für den beschriebenen Zustand den Namen: lamellöse Exfoliation der Neugeborenen vor. R. Winternitz (Prag).

(3) Darier beschreibt einen seit kurzer Zeit bestehenden Fall von Dystroph. papill. et pigm. bei einem 30jährigen Manne, der schwere Magenstörungen, wahrscheinlich von einem Carcinom rührend, bot. Namentlich der Nacken, die Gelenksbeugen und das Epigastrium zeichneten sich durch tiefbraune Verfärbung und einen faltigen, warzigen und papillomatösen Zustand der Haut aus. Darier betont, dass die Erkrankung einem wohl umgrenzten Krankheitsbegriffe entspreche und eine regionäre und symmetrische Dermatose darstelle, welche von ihrem Beginne an

bestimmte und constante Localisation hat. Papilläre Wucherung und ungewöhnliche Verfärbung sind ihre Merkmale. Sie scheint jedesmal Folge einer Magen- oder Darmcarcinose zu sein. R. Winternitz (Prag).

(4) Der Verfasser beschreibt einen typischen Fall dieses seltenen Hautleidens, das sich bei einem jetzt 20 Jahre alten Arbeiter fand und bei ihm seit seiner Geburt bestanden hatte. Ein jüngerer Bruder dieses Arbeiters leidet an derselben Krankheit, während die Eltern und 6 andere Geschwister gesund sind. Ed. Welander (Stockholm).

(5) Wolters stellt eine Pat. mit Sclerodermia circumscripta vor, die sich seit vier Jahren entwickelt hatte. Zuerst war der linke Unterschenkel, später auch der rechte und die beiden Arme ergriffen. Therapeutisch wurde neben Bädern Massage mit 2% Salicyl-Lanolin mit Vortheil angewendet; in letzter Zeit wurde auch salicylsaures Natron innerlich gegeben, das auf der Bonner Klinik in einem anderen Falle von grossem Nutzen gewesen war. O. Rosenthal (Berlin).

(6) Du Castel demonstrirt eine Kranke mit einer Analaffection, die anfänglich als syphilitischer Schanker diagnosticirt wurde. Die polycyclische Beschaffenheit des Geschwüres, die Verschmelzung der Drüsen, das Fehlen von Zeichen der Allgemeininfection, das örtliche Weiterkriechen der Affection unter Vernarbung der Geschwürsfläche sowie die durch Darier vorgenommene anatomische Untersuchung stellten die Diagnose Lymphosarcom ausser Frage. R. Winternitz (Prag).

(7) Der von Leredde demonstrirte Fall litt seit 1¾ Jahren an Mycosis fungoides. Seit 5—6 Monaten besteht eine äusserst hartnäckige Urticaria, deren Quaddeln seit etlichen Wochen zur Persistenz neigen. Während makroskopisch die Haut unverändert scheint, zeigt sie im mikroskopischen Bilde beträchtliche Veränderungen. Die subpapillären Bindegewebsbündel sind umhüllt mit zahlreichen Rundzellenlagen. Zwischen den Bindegewebsbündeln des Derma und zwar namentlich in den tiefen Lagen findet man Fettropfen verschiedenster Dimensionen. Die Hornschicht färbt sich mit Osmiumsäure nicht. Ausserdem sind reichlichste Mastzellen vorhanden.
R. Winternitz (Prag).

(8) Karewsky berichtet über einen seltenen Fall. Ein neugeborenes Kind zeigte am ganzen Körper kleine weiche subcutane Tumoren, welche weder mit den Blutgefässen noch mit den Nerven im Zusammenhange standen Die Tumoren wuchsen und erreichten in 4 Monaten Kindsfaustgrösse. Die Haut darüber wies zahlreiche erweiterte Blutgefässe auf. Ein zu Untersuchungszwecken extirpirter Tumor recidivirte schnell. Die histologische Untersuchung ergab Angiosarkom. Das Kind entwickelte sich trozdem normal. Eine deutlich ausgesprochene Leukocytose — die Zahl der weissen Blutkörperchen war verdreifacht — ging schnell vorüber. Der Autor sieht in dem Falle einen Beweis für die Annahme, dass die Sarcome ihren Ausgangspunkt von der Gefässadventitia nehmen.
Oppler (Breslau).

(9) Barthélemy demonstrirt eine junge Frau mit einer aus Ueberpigmentirung und Pigmentverlust combinirten Hautverfärbung des Halses

und des Stammes, die vollständig einem stark entwickelten Fall des Leucoderma entspricht. Trotzdem die begleitenden Umstände — Frühgeburt eines macerirten Kindes, Syphilis des Mannes — für Syphilis als Ursache der Pigmentanomalie sprachen, will Barthélemy wegen gleichzeitiger Pigmentirungen im Gesichte nur auf die Schwangerschaft recurriren, während er in einem andern völlig übereinstimmenden Falle, wo keine Schwangerschaft vorlag, die Syphilis anspricht.

R. Winternitz (Prag).

(11) Balzer's Fall betrifft ein durch Schilddrüsengenuss erfolgreich behandeltes Myxödem. R. Winternitz (Prag).

(13) Roberts beschreibt einen Fall von Mycosis fungoides und kommt auf Grund der klinischen, pathologisch-anatomischen, bakteriologischen und histologischen Beobachtungen und Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Es gibt weder ein klinisches noch histologisches einheitliches Ganzes in dem Bilde der Mycosis fungoides, sondern Variationen, deren Grenzen noch nicht festgestellt sind. 2. Von Anfang bis zu Ende ist die Erkrankung eine Neubildung und keine Entzündung; die sogenannten eczematoiden, lichenoiden Eruptionen sind flächenhaft ausgebreitete Neubildungen. 3. Der Papillarkörper ist ganz augenfällig von dem eigentlichen Derma differencirt; der Beginn der Erkrankung ist wahrscheinlich im Papillarkörper zu suchen, und zwar besteht die krankhafte Veränderung in einer übermässigen Vermehrung der präexistirenden Bindegewebskörperchen. 4. Das übrige Derma ist sehr zellreich, und das elastische Fasernetz ist vermehrt, was ohne specielle Färbung oder Maceration wahrnehmbar ist. 5. Betrachtet man die Entwicklung und Anatomie der Krankheit, so drängen sich Vergleiche auf mit embryonalen Geweben und embryonalen Processen d. h. rapide Entwickelung und darauf rapide Rückbildung. 6. Der Ausdruck „Granuloma" ist unbestimmt und kein gut gewählter Ersatz für den Namen „Mycosis fungoides". 7. Gegenwärtig ist die Entstehung der Krankheit durch Mikroben nicht glaubhaft nachgewiesen. 8. Obwohl die Krankheit klinisch dem Sarcoma cutis verwandt ist, bestehen doch viele bemerkenswerthe Differenzen. Die Tumoren der Mycosis fungoides bilden sich gewöhnlich zurück und können gänzlich verschwinden, zwar mit Hinterlassung einer desorganisirten Haut, jedoch ohne Narbe. Sie breiten sich nicht durch Venen oder auf den Lymphwegen in das Innere aus. Der Hauptsitz der Mycosis ist der Papillarkörper, aber beim Sarcom findet man, nach Funk, die dichtesten Zellmassen in der subpapillaren Schicht, während die Papillen frei sind. 9. Die Mycosis unterscheidet sich vom Lymphadenom (Lymphadénie cutanée der Franzosen) dadurch, dass die Lymphdrüsen und die Milz gewöhnlich nicht befallen sind und von Anfang bis Ende der Krankheit frei bleiben können.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

(14) Hallopeau und Salmon resumiren aus den ausführlichen z. Theil mit histologischen Befunden (Leredde) versehenen Krankengeschichten dreier Fälle von Mycosis fungoides folgende Sätze: 1. Die Neubildungen der Mycosis können die Charaktere von wuchernden Condylomen zeigen

welche als beträchtliche Wulste mit Vorliebe Achseln und Leisten einnehmen. 2. Die allgemeine Mycosis kann von Oedem der sämmtlichen Extremitäten begleitet sein. 3. Das plötzliche Schwinden der mycotischen Geschwülste spricht nicht für einen geringeren Grad der Erkrankung, denn es können gleichzeitig mit dem erstern flache und sehr weit verbreitete Neubildungen auftreten. 4. Letztere können in wenigen Tagen den ganzen Rücken unter dem Bilde eines mächtigen Erythema marginatum einnehmen. 5. Die der Mycosis vorangehende Erythrodermie kann von Blasenausbrüchen begleitet sein. R. Winternitz (Prag).

(15) Brigidi hatte Gelegenheit einen Fall von ausgedehnter Sarcomatose der Haut und der Lymphdrüsen pathologisch-anatomisch zu untersuchen. Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, bei welchem seit der frühesten Kindheit auf der Haut kleine rothe Flecke auftraten, welche nach einer bestimmten Zeit verschwanden, um bald wieder an anderen Stellen zu erscheinen. Seit 1890 nahmen sie die Form einer Urticaria an und waren von äusserst heftigem Jucken begleitet. In Folge dessen zeigte die Haut bald die Erscheinungen eines schweren Eczemes, verdickte sich allmälig und verlor ihre Elasticität an verschiedenen Stellen. Dies war hauptsächlich an den unteren Extremitäten, in geringerem Grade allenthalben der Fall. Die Haut der Glans war stark geröthet, angeschwollen, von tief eingepflanzten Knoten besetzt. Die Venen des Penisschaftes stark erweitert und vermehrt, rechtsseitige Varicocele. Die Haare des Kopfes zum Theile fehlend oder leicht ausziehbar, verdünnt, schütter, die an den übrigen behaarten Körperstellen fast gänzlich verloren gegangen. Die Nägel verdickt und verkrümmt; Schweiss- und Talgsecretion am ganzen Körper vermindert. Tastgefühl an den schwerst befallenen Stellen herabgesetzt. Die Lymphdrüsen zum Theile bedeutend vergrössert. Befund an den inneren Organen normal. Seit October 1894 bildeten sich in der Haut des Gesichtes mächtige Tumoren, von harter Consistenz, welche indolent waren, und in Folge Kratzens mannigfache Erosionen zeigten. Gleichzeitig bildeten sich mächtige Tumoren von gleicher Consistenz an den Lymphdrüsen des Halses und der Patient starb am 6. December 1894 an Marasmus, nachdem er noch an heftigen Athembeschwerden in Folge von Compression der Trachea durch diese Tumoren gelitten hatte. Die Tumoren der Haut besassen wie die der Lymphdrüsen ein gleichmässiges dichtes Gefüge und liessen wie Carcinome an der Schnittfläche einen milchigen Saft abstreifen. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Sarcomatosis cutanea et glandularum lymphat. Angiectasiae cutaneae et varicocele dextra. Pruritus cum eczemate consec. Endocarditis verrucosa. Atrophia myocardii. Enteritis catarrhalis. Tumor acut. lienis. Hyperaemia passiva pulmonum et mening. cerebr. Hyperaemia hepatis et Atrophia muscul. et panniculi adip.

Der abgestreifte Saft der Tumoren enthielt sehr zahlreiche Zellen, welche kleinsten Lymphocyten vollständig glichen, darunter grössere von 11—12 μ mit centralem stark färbbarem Kerne, und einzelne Endothelzellen. Ausserdem fanden sich darin einzelne und Diplococcen.

Die Tumoren zeigten das histologische Bild eines kleinzelligen Rundzellen-Sarcoms, dessen gleichmässiges Gefüge durch Spalten und kleine Höhlen unterbrochen war, welche den Blutgefässen entsprachen. In der darüber liegenden Epidermis fanden sich hydropisch degenerirte Epithelzellen und Rundzellennester. An den Grenzen erstreckten sich die Rundzellenanhäufungen längs der Blutgefässe in die Nachbarschaft. Die Drüsentumoren hatten die Kapsel nicht durchbrochen; das Reticulum der Lymphdrüsen war darin nicht wahrnehmbar. An den Nerven ergab sich kein sicherer Befund, jedoch schien reichlichere Degeneration vorhanden. Wichtige Veränderungen fanden sich im Systeme des Sympathicus. Die Kapseln, welche die Ganglienzellen enthalten, waren an vielen Stellen sehr gross, diese dagegen sehr klein, atrophisch, mit spärlichem granulirtem Protoplasma, kernlos oder mit kaum sichtbarem Kerne. Die Endothelien der Kapseln waren sehr deutlich, stark nach innen prominirend, zwischen ihnen und den Ganglienzellen ein leerer Raum, der bisweilen von kleinen Lymphocyten erfüllt war. Die Fasern in den dazu gehörigen Nerven sicher vermindert.

In Folge dieser Befunde glaubt der Verfasser eine angeborene oder frühzeitig erworbene Disposition zu neuroparalytischer Hyperämie in Folge von irritativen Vorgängen in den Ganglien des Sympathicus annehmen zu können. Diese Störungen im Gangliensysteme konnten auch das heftige Jucken bedingen, in Folge dessen pathogenen Mikroorganismen der Weg in das Innere des Körpers geöffnet wurde; diese bedingten dann die Entwickelung der sarcomatösen Geschwülste.

Theodor Spietschka (Prag).

(16) Nach Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle beschreibt Schwimmer einen Fall, der eine vierzigjährige Frau betraf, bei welcher die Affection vorwiegend am Nacken, Genitale, Achselhöhlen, Bauch und Rücken, sowie an den Gelenkbeugen der Extremitäten, im Gesicht, an den Schläfen und Ohrmuscheln localisirt war. Die von Darier als Psorospermien gedeuteten Zelleinschlüsse hält S. für Epithelzellen, die auf abnorme Weise verhornt sind. Therapeutisch verwendete S. resolvirende und reducirende Mittel, an einzelnen Stellen auch den Thermocauter, wodurch er Glättung der Haut an diesen Stellen erzielte.

Gustav Tandler (Prag).

(17) Tommaso de Amicis beschreibt einen Fall von ausgebreiteter Psorospermosis bei einem sechszehnjährigen männlichen Individuum, bei welchem die Efflorescenzen, nachdem verschiedene Mittel ohne Erfolg angewendet worden waren, operativ entfernt wurden, worauf bedeutende Besserung eintrat. Das Resultat der histologischen Untersuchung stimmt im wesentlichen mit dem seiner Zeit von Darier gemachten Befunde überein, desgleichen schliesst sich der Autor bezüglich der Deutung der Zelleinschlüsse als Psorospermien der Meinung Darier's an.

Gustav Tandler (Prag).

(18) Sawtschenko hält die früher schon von ihm und Podwyssozki, ferner von Sondakewitsch, Foà und zahlreichen anderen

Autoren bei Carcinomen beschriebenen Zelleinschüsse nicht für Parasiten, sondern für mit Schleim angefüllte Zellvacuolen, die einer schleimigen Degeneration der fertigen Krebszellen ihre Entstehung verdanken sollen. Nur bei einer bereits früher von ihm beschriebenen Form von Zelleinschlüssen, die sich bei Drüsenepithelcarcinomen häufiger als bei Plattenepithelcarcinomen vorfinden soll, hält S. an der parasitären Natur dieser Bildungen fest, da er angeblich Entwicklungsstadien dieses im ausgewachsenen Zustande kugelförmig oder leicht oval aussehenden Parasiten, sowie Eigenbewegung desselben beobachten konnte. Schliesslich beschäftigt sich S. mit der schleimigen Degeneration der Krebszellen, die durch eine specifische Einwirkung der Sporozoen auf das Protoplasma der sie beherbergenden Zellen verursacht sein soll, während die Neigung der Zellen zu schleimiger Degeneration nur einen Einfluss auf die Quantität des gebildeten Schleimes ausüben soll. Gustav Tandler (Prag).

(19) Fumagalli behandelte exulcerirte Epitheliome mit chlorsaurem Kali, das er theils in gesättigter Lösung, theils als Pulver oder in Salben anwandte; dabei trat stets eine prompte Uebernarbung ein, welche je nach der Ausbreitung und Tiefe des Ulcerationsprocesses mehr weniger Zeit erforderte. Die histologische Untersuchung derartiger übernarbter Epitheliome (2 Fälle vom unteren Augenlide) ergab folgendes: Die Narbe ist von einer mehr weniger dicken Hornschicht gebildet; die Verhornung ist nicht nur in den mehr oberflächlichen Epithelschichten, sondern auch in den darunterliegenden Zellen des Rete Malpighi deutlich zu erkennen. Nach vollzogener Uebernarbung zeigen kleine, in der Dicke der Narbe gelegene neoplastische Knoten und darunterliegende Epithelzäpfchen an, dass das Kaliumchlorat das Neoplasma nicht zur Heilung gebracht hat, sondern dass man damit nur eine Uebernarbung erzielt. Nach diesen Erfahrungen empfiehlt F., falls eine Radicaloperation solcher Epitheliome nicht sofort ausführbar wäre, auf alle Fälle die Anwendung des Kaliumchlorates. Theodor Spietschka (Prag).

(20) Trombella bereitete sich ein Krebsserum in der Art, dass er den ausgepressten Saft eines grossen Mamma-Carcinomes Hunden injicirte und zwar täglich 4 Ccm. Am siebenten Tage entnahm er ihnen aus der Carotis Blut, und verdünnte das aus demselben gewonnene Serum mittels einer 0·5% Carbollösung im Verhältnisse 1 : 10. Mit diesem Serum behandelte er zwei Fälle von Mamma-Carcinom; und zwar eine Frau, welche im Jahre 1894 an einem solchen operirt worden war und im Jahre 1895 mit einem inoperablen Recidiv in der Narbe und den regionären Lymphdrüsen zurückkehrte und eine andere Patientin mit grossem Tumor der Mamma und ausgedehnter inoperabler Affection der Drüsen, wobei die Diagnose unzweifelhaft feststand. Die Injectionen wurden Anfangs täglich, später alle zwei Tage, noch später in noch grösseren Zeiträumen vorgenommen; bei der zweiten Patientin sogar zweimal täglich. Sie wurden in das benachbarte Unterhaut-Zellgewebe oder in die Tumormassen selbst applicirt. Local keine oder nur geringe Reizerscheinungen, manchmal jedoch starke Röthung und Schmerz. Bisweilen Schüttelfrost mit

folgendem heftigen Fieber. Unter dieser Behandlung hob sich bei der ersten Patientin der Allgemeinzustand; der Tumor wurde etwas kleiner und namentlich weicher. Die Beschaffenheit der Drüsen und die Schmerzen besserten sich nicht. Nach 25 Tagen wurde sie entlassen. Nach 4 Monaten zeigte sie noch keine Verschlechterung. Bei der zweiten Patientin wurde der Tumor zwar weicher, das Allgemeinbefinden jedoch immer schlechter und trotz aller Sorgfalt ging sie an Cachexie zu Grunde. Nach diesen Beobachtungen zeigt dieses Krebsserum nur eine ganz locale Wirkung, indem es die Tumoren, die es direct trifft, erweicht und etwas verkleinert, das durch Resorption in den Kreislauf gelangte besitzt jedoch nicht die geringste Wirkung auf die Metastasen, so dass von einer Specifität dieses Serums durchaus keine Rede sein kann.

Theodor Spietschka (Prag).

(21) Am 25. April d. J. erschien Fr. K. aus Mähren mit ihrem sechs Monate alten Knaben in Kaposi's Ordination. Die Hautkrankheit hatte vor zwei Monaten begonnen, und zwar vorerst an den Armen, aber in rascher Folge auch auf den Wangen und der Stirne, in kleineren Herden auch an den Unterextremitäten, alsbald auch auf dem spärlich behaarten Kopfe.

Der Anblick, den die zunächst zu Tage liegenden Körpertheile, d. i. Gesicht, Stirne und Capillitium darboten, war schon recht ungewöhnlich. Letzteres war fast gleichmässig von einer $\frac{1}{2}$—1 Mm. dicken, schmutziggelb- bis schwarzbraunen Masse haubenartig bedeckt, die als mächtige Gneisschichte, seborrhoische Massen, imponirten. Die Ohrmuscheln, besonders die linke, fast in Gänze incrustirt und letztere trug an ihrem oberen Rande einen noch jetzt sichtbaren, fast 1 Cm. dicken, höckerigen, schmutzig schwarzgrünen, trockenen, festhaftenden Krustenbelag.

Während die bisher angeführten Auflagerungen nicht mit Unrecht theils als Sebum-Epidermisauflagerungen, theils, wie an den Ohrmuscheln, als Ekzem-Serumkrusten imponiren konnten, musste eine solche Auffassung sofort fallen gelassen werden bezüglich der Erscheinungen, welche Gesicht, Stirne und Kinn darboten.

Die linke Wange war von einem einzigen Plaque besetzt von ovaler Form, an der glatten glänzenden Oberfläche grünlichschwarz und trocken, über dem Niveau der Umgebung 1—2 Mm. vorspringend und gegen die Nasolabialfurche, den unteren Orbitalrand, Jochbein- und Kieferwinkel steil abfallend. An diesem senkrechten Abfallrande aber nicht, wie die Oberfläche, schwarzbraun und krustenähnlich, sondern zart geröthet und etwas milchig transparent, also einer emporsteigenden Cutisgeschwulst entsprechend.

Die rechte Wange von einer gleichbeschaffenen, aber kleineren, im verticalen Längsdurchmesser etwa 5 Cm. messenden Plaque besetzt.

Beide Plaques sind noch heute vorhanden.

Die ganze Stirne und das Kinn aber waren reich besetzt mit theils disseminirten, theils dicht gedrängten bis confluirenden, linsen- bis pfennig- und kreuzergrossen, ganz wie die am Gesichte beschaffenen

Plaques, d. h. schwarzbraun, $^1/_2$—1 Mm. vorspringend, aber nicht alle glatt, sondern vielfach rauh zerklüftet, quasi incrustirten warzigen Gebilden entsprechend.

Endlich präsentirten sich beide Arme in ihrer Gänze, von den Schultern bis zur Handwurzel in ihrem ganzen vorderen und äusseren Umfange gleichmässig besetzt mit schwarzbraun incrustirten, 3—5 Mm. vorspringenden, durch Querfurchen in 1—2 Cm. Intervallen abgetheilten,



flachconvexen Geschwülsten, die allenthalben gegen die normal beschaffene Haut des Armes sich scharf und steilrandig absetzten und im basalen Antheil glatte, geschmeidige Cutisbeschaffenheit darboten.

An der Vorderfläche des linken Unterschenkels ein isolirter, thalergrosser, ganz dem Wangenplaque analoger, 2 Mm. hoher, an der Oberfläche schwarzgrüner und glatt glänzender, steilrandiger, basal cutisbeschaffener Plaque. An dem rechten Unterschenkel einige kleinere solche.

Die übrige Haut des wohlgenährten Kindes normal.

Der erste Gedanke, der bei dem momentanen Anblick der geschilderten herdweisen glatten und warzig-rissigen, scharf begrenzten glatten Geschwulstformen auftauchen musste, war der an Bromakne, welche in theilweise ähnlicher Form und Ausbreitung binnen wenigen Wochen wohl zu Stande kommen kann.

Hier aber musste der Gedanke an Bromakne sofort fallen gelassen werden, weil die nun vorgenommene genauere Untersuchung meiner Auffassung eine ganz andere Grundlage gab.

Es fanden sich nämlich an der Schläfe- und der angrenzenden Ohrmuschel-, Hals- und Schlüsselbeingegend rechterseits, sowie am Nacken, hunderte von Efflorescenzen mannigfachster Grösse und Beschaffenheit. Die meisten, kaum mittelst Gesichts- und Tastsinnes wahrnehmbar, punktförmig, lebhaft roth, prominent und derb. Andere hirsekorn- bis kleinstecknadelkopfgross, mehr prominent und von fast durchsichtigem, aber doch mehr opakem, perlmutterartigem Schimmer. Dann noch etwas grössere, an der Kuppe mit einer nadelstichgrossen Einsenkung, einer winzigen Delle. Endlich kleinlinsengrosse, dann noch etwas grössere, vorspringende und da rosettenartig buchtige, im Centrum kleindellig vertiefte, aus solchen perlmutterartig glänzenden, bläschenähnlichen Efflorescenzen zusammengesetzte Plaques.

Es war nun klar, dass wir eine knötchenartige Entwicklung oberflächlichster Lage vor uns hatten, mit der Tendenz peripheren Wachsthums, deren opaker Inhalt aber nicht Flüssigkeit, nicht Serum sein konnte, sondern eine epidermoidale Masse.

Das konnte also zunächst eine acute und massige Miliumentwicklung darstellen. Eine solche, zu Tausenden binnen kurzer Zeit zu Stande gekommene Miliumeruption, d. i. Wucherung des Inhaltes und consecutive kugelige Ausdehnung der Acini der Talgdrüsen, hat zuerst Baerensprung nach Pemphigus beobachtet und habe auch ich nach Pemphigus gesehen, wie in der hier vorgewiesenen Abbildung dargestellt, aber auch bei anderen acuten Exfoliationsvorgängen der Epidermis, so nach Erysipel und Eczema squamosum oder Erythema exfolians.

Allein die an manchen der grösseren Knötchen erkennbaren Dellen, sodann die rosettenartigen und central gedellten über linsengrossen Plaques, endlich die Entwicklung von so grossen steilrandigen, an der Basis Cutisbeschaffenheit bietenden, geschwulstartigen Plaques waren aus Miliumformen nicht zu erklären und drängten sofort zur Annahme einer anderen Art von Epidermoidalwucherung und Ausdehnung der Talgdrüsenacini und consecutiven Vorwölbung der übergelagerten Papillarschichte, d. i. zur Annahme von Molluscum contagiosum der Autoren, sive Molluscum verrucosum mihi. Ich diagnosticirte demnach sofort Molluscum contagiosum.

Wegen der Nothwendigkeit der besseren Klarstellung desselben und weil ja die therapeutischen Massnahmen in diesem Falle gewiss sehr schwierig sich gestalten mussten, bewog ich die Mutter, sich mit dem Kinde auf unsere Klinik aufnehmen zu lassen.

Bei der Untersuchung des Inhaltes der miliaren Formen nun ergab sich, dass derselbe, wie vorausgesetzt, aus epidermoidalen Schollen bestand, allein durchwegs mit enorm fettiger Umwandlung des Zellprotoplasma und nur mit spärlichen, allenfalls als Molluscumkörperchen anzusprechenden kleinen, kugeligen und ovoiden, glänzenden Körpern. Die grösseren Plaques wollte ich behufs Conservirung zur Demonstration an diesem Abende, und behufs Moulage etc. nicht alteriren.

Am 3. Tage aber hatte sich auf der Uebergangsfalte zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand eine kleinerbsengrosse, charakteristische, bläschenartige Efflorescenz entwickelt, deren Inhalt massenhafte Molluscumkörperchen der mannigfachsten Grösse und Gestalt, intra- und extracellular ergab, in einer Mannigfaltigkeit der Formen, wie sie bei typischem M. contagiosum nicht vorkommen, ovoide und kugelige, frei und in Epidermiszellen, in der Mitte schroff abgebrochene, vielfach rissige und klüftige, daneben vollkommen kugelige, frei und in Zellen, unter letzteren manche, die im Innern eine glänzende Kugel, auf ihrem verhornten Mantel aber am Rande ringsum regelmässig feine Zacken, auf ihrer Fläche aber concentrische Kreise feinster Riffchen zeigten, offenbar die Reste der losgerissenen Stacheln der angrenzenden Riffelzellen. Ausserdem wurde die chemische Eigenheit der genannten Körperchen constatirt durch ihre Indifferenz gegen Alkohol und Aether, durch welche die anderen glänzenden, fettigen Massen gelöst worden waren, sowie durch Tinction.

Ausserdem hatte sich auf dem Handrücken der linken Hand inzwischen aus kleinen Anfängen ein guldenstückgrosser Plaque gebildet aus durch Querfurchen getrennten, wurstförmigen Wülsten von transparentem Ansehen und rother Basis, deren proximaler im Centrum gedellt war und ganz das Ansehen darbot eines in Entzündung begriffenen und zur Exfoliation vorbereiteten Molluscum contagiosum-Knötchens. Und so haben das histologische und klinische Bild, sich ergänzend, die Diagnose Moll. contag. unzweifelhaft gemacht.

Es frägt sich nun zunächst, ob in der klinischen Erfahrung für eine so acute Entwicklung des Moll. contag. Stützen gefunden worden sind.

In dieser Beziehung kann ich bemerken, dass ich einmal an einem im Wasserbette liegenden Kranken innerhalb einer Woche hunderte von M. contag. entstehen gesehen habe und wiederholt auch an Kindern, jugendlichen und weiblichen Personen im Abschuppungsstadium von universellen acuten Ekzemen. Auch Zeissl d. Ae. hat solches an einer Puerpera gesehen, so wie Geber, Vidal, Caspary u. m. A.

Weiters frägt es sich, ob die Entstehung solch ausgedehnter geschwulstartiger Formen, wie in diesem Falle zu sehen, histologisch sich erklären lasse?

In den typischen, etwa erbsengrossen Efflorescenzen des M. contag. sind bekanntlich, und wie zum Theile schon früher erwähnt worden, die Verhältnisse folgende:

Ein träubchenartiges Gebilde, bestehend aus den erweiterten Acinis der Talgdrüse, wie ich meine, oder entstanden durch die in acinöser Form ausgewucherten Retezellen, wie andere Untersucher demonstrirt haben. In beiden Fällen befindet sich über den obersten Acinius eine bindegewebige und vascularisirte Cutis- oder Papillarschichte, welche durch die gewucherte Epithelkugel vorgewölbt wird. Deshalb blutet auch die Stelle, wenn die Warze ausgedrückt wird, indem dabei die Gefässe der überwölbenden Papillarschichte und der in die Septa einziehenden zerrissen werden.

Ausserdem gehen, gleichgiltig ob die Wandung von der Talgdrüse angenommen wird oder von dem durch eine Wucherung der Retezellen auseinandergedrängten Papillar- und Cutisgewebe, von der Begrenzungswand Septa ins Innere der Geschwulst erster und mehrfacher Ordnung deren Loculamente, wie schon früher erwähnt, immer dieselbe Anordnung der Zellen zeigen. An der Basis einige Reihen normaler Basal- und Epidermiszellen, dann folgen Reihen mit Andeutungen von glänzenden Körperchen im Innern der Zellen, und je mehr centralwärts, desto mehr erfüllen die Molluscumkörperchen die ganze Höhle der geblähten Zelle, bis gegen die centrale und Mündungshöhle hin zahlreiche Molluscumkörperchen, zur Hälfte oder ganz nackt, aus den geplatzten Zellenhüllen getreten sind. Immer zeigen alle Zellen derselben Reihe die gleiche Intensität und Grösse der eingelagerten Körperchen, immer beginnt die Einlagerung erst in der 3.—4. Reihe und immer erscheinen die Körperchen in zum Centrum fortschreitender Richtung mächtiger, bis das ganze Protoplasma durch dieselben ersetzt ist und der Zellkern wandständig der dünnen und verhornten äussersten Zellschichte angedrängt wird Diese constanten Verhältnisse sind es, wie schon bemerkt, die mich und die meisten Untersucher annehmen lassen, dass die Molluscumkörperchen eigenthümliche chemische Degenerationsproducte des Zellprotoplasmas sind und nicht Lebewesen, nicht Gregarinen.

Nun beobachtet man sehr häufig, dass das das Träubchen umgebende Gewebe sich entzündet und anschwillt, erweicht wird oder vereitert, wodann das ganze Gebilde herausfällt — spontane Exfoliation. Derart sieht nun jener schon erwähnte Wulst auf dem linken Handrücken aus und wäre derselbe schon am ersten Tage der Beobachtung zu sehen gewesen, dann wäre auch die Diagnose leichter zu machen gewesen. Wenn nun derartige ausgedehntere Wucherungsgeschwülstchen viele vorhanden sind, wie in diesem Falle acutester Wucherung, dann werden immer grössere Strecken des Papillarstratums geschwulstartig vorgewölbt werden und in dem Zusammenrücken mehrerer solcher sodann grössere Geschwulstbildungen entstehen, i. e. auch erklärlich werden können. Derart sind flache Molluscumagglomerate im Falle Geber's entstanden (Arch. f. Derm. u. Syph. 1882, pag. 403).

Ja es könnten schliesslich auch scheinbare papilläre Bildungen resultiren, wie auch in diesem Falle, indem die zwischen den einzelnen Molluscumgeschwülsten nach deren Ausfallen zurückbleibenden normalen

Papillarreste nunmehr scheinbare Warzenhervorragungen darstellen, wie die normalen Hautreste, die zwischen den Narben der Variola zurückbleiben.

In der That sind an dem Kinde an vielen Stellen schon spontane Exfoliationen von M. contag. erfolgt, an der Stirne und insbesondere schön zu sehen an der rechten Unterextremität.

Endlich wären noch die kolossalen seborrhoischen Incrustationen zu erklären, die die schwarzbraunen Decken der grossen Plaques bilden. Sie erklären sich durch den Befund von enormer fettiger Degeneration der Masse der Epidermiszellen der Geschwülstchen, so dass in unserem Falle neben der Umwandlung eines Theiles des Zellprotoplasmas in Molluscumkörperchen auch eine Seborrhoea statthat, die auf der Schädeldecke als solche rein erschienen ist, ohne Molluscumwarzen.

Sohin erscheint sowohl der Charakter des Processes als Molluscum contagiosum, als die nach den bisherigen Erfahrungen höchst excessive und exceptionelle Gestaltungsweise klinisch und histologisch festgestellt und erklärt.

Ausser den flachen Molluscumplaques, die in Geber's Fall vorkamen, haben mehrere andere Autoren über einzelne, zum Theile sehr excessive Geschwülste berichtet, die neben gewöhnlichen Molluscumwarzen an ihren Kranken sich vorfanden: der erste, Lutz, in seiner Inauguralthese, Paris 1860, De l'hypertrophie générale du système sébacé; dann Laache, in Nordiskt med. Woch. 1882, Vol. XIV, pag. 21, unter dem schon von ihm gewählten Titel: Molluscum contagiosum giganteum; weiters Ebert, in Berl. klin. Wochenschr. 1885, Nr. 4; endlich Vidal unter dem Titel: Acne molluscum contagiosum généralisé, Acne varioliforme (de Bazin) généralisé, in La france médicale, 27 Juin et 2 Juillet 1889, dessen Fall in Bezug auf Geschwulstbildung dem unserigen am ähnlichsten, vielleicht noch excessiver war. Die Eruption hatte bei einem 37 Jahre alten, tuberculösen Manne auf dem rechten Handrücken begonnen, sodann auf dem behaarten Kopfe, Gesicht, Stamm, Scrotum. Auf dem Capillitium entstand eine Geschwulst von dem Umfange einer halben Orange, daneben erbsen- und haselnussgrosse, auf einer Stelle des Unterleibes ein confluirender Plaque mit einer gemeinschaftlichen Kruste, im Uebrigen zahlreiche, aber typische, einzelne auch gestielte Molluscum contagiosum-Warzen; der grosse Tumor der behaarten Kopfhaut wurde auf Péan's Klinik operativ entfernt. (Die histologische Untersuchung ergab das bekannte fächerförmige Durchschnittsbild nebst Inhalt, wie beim typischen Moll. contagiosum.

Unser Fall lehrt zugleich, wie richtig es ist, wenn wir solchen und anderen ungewöhnlichen Vorkommnissen gegenüber vor Allem gegen die naheliegende Versuchung ankämpfen, als hätten wir ein Novum an pathologischem Processe vor uns, und im Gegentheil uns bemühen, zu finden, ob nicht die ungewöhnliche Erscheinung nur einen Excess, eine Variante eines schon bekannten Vorganges darstellt. Auf diesem Wege ist es gelungen, in dem scheinbar Neuen etwas Altes, uns schon Be-

kanntes zu erkennen und das scheinbar Complicirte auf Einfaches zu reduciren.

Nachdem wir aber in dem vorgeführten ungewöhnlichen Bilde das M. contagiosum als alte Bekanntschaft constatirt haben, erscheint es gerechtfertigt und praktisch, dasselbe als Variante durch eine adjectivische Bezeichnung den typischen Formen gegenüber zu markiren, wie zum Theile schon die erwähnten Autoren, und diese Form als Molluscum contagiosum giganteum zu benennen.

In Bezug auf die Therapie des Falles gibt es viel grössere Schwierigkeiten, als in den Normalformen. Es geht hier nicht an, in Anbetracht der grossen und ausgedehnten Geschwülste und des kindlichen Alters des Betroffenen gleichzeitig Alles zu excochleiren, ausgedehnte Wunden, Blutungen und Narben zu setzen. Ich trachte vielmehr durch partielle Applicationen solcher Mittel zum Ziele zu gelangen, welche eine Verschrumpfung der meisten Gebilde bewirken können und so bei möglichster Schonung der Kräfte des Kindes auch möglichst wenig Narben zurücklassen.

Bezüglich des Verlaufes hat sich in den folgenden Tagen noch die Acuität des Processes besonders ausgeprägt, indem insbesondere in der Nacken-Schulterregion und auf den Händen noch zahlreiche, theils miliare, disseminirte oder zu Haufen gedrängte rothe und grössere typische Efflorescenzen mit perlmutterartiger Transparenz und centralen Dellen auftraten, während die geschwulstartigen Plaques sich nicht merklich änderten. Aber ebenso acut verlief auch bei Vielen der Rückbildungsprocess, indem die meisten eintrockneten und exfoliirten, und nur die wenigsten durch Entzündung und Eiterung der Umgebung ausfielen und narbig verheilten.

Excindirte Efflorescenzen zeigten auf dem histologischen Durchschnitte erweiterte Talgdrüsen, in deren Mündungslumen neben durch Alkohol und Aether extrahirbaren Fettmassen ganze Haufen von glänzenden Molluscumkörperchen sich vorfanden; um die Papillar- und Coriumgefässe reichliche Rundzelleneinlagerung im Bindegewebe, Papillen und Rete ödematös geschwellt.

Nun aber ward sehr bald durch die eingeleitete Therapie das ganze Krankheitsbild geändert und der weitere Entwicklungsprocess coupirt.

Es war keinerlei blutiger Eingriff beabsichtigt, noch nöthig.

Die Sebumbaube des Capillitiums war unter Erweichung mittelst Unguent. Diachyli-Lappen und Seifenwaschung binnen wenigen Tagen entfernt und die Kopfhaut ganz rein hergestellt.

Ueber den Geschwülsten der Wangen, der Ohrmuscheln und der Arme die Krusten in ähnlicher Art erweicht und abgelöst. Damit war dem Kinde schon Schmerz und Jucken und Unruhe genommen. Das Kind, das immerfort geweint hatte, ward ruhig, heiter und schlief gut.

Sodann trachteten wir durch methodische und wechselweise Applicationen von Sapo viridis, Empl. saponat. salicylicum, Unguent. sulfur.

Wilkinsoni, Borsalbe, Seifenwaschungen und unter Beobachtung der Regel, nirgends ausgedehnte Entzündung herbeizuführen, die einzelnen Efflorescenzen und Plaques zum Verschrumpfen und Ausfallen zu bringen.

Dies ist denn auch prompt gelungen und das Kind verliess am 28. Mai ganz geheilt unsere Klinik.

Nur an der rechten Wange war noch eine warzig erhöhte Beschaffenheit der Haut an Stelle des grossen Plaques zu sehen, die aber ebenso unter dem Druckpflaster sich abflachen konnte, wie von den gleichen warzigen Geschwülsten an den Armen und Waden schon constatirt war.

Die Spuren der Efflorescenzen und Geschwülste waren als entsprechende blassrothe, aber durchwegs glatte und geschmeidige, kaum unter dem Normalniveau gelegene Flecke erkennbar, deren allmälige, fast spurlose Erblassung wohl zu erwarten steht.

Seitherige, bis Mitte Juni reichende, von der Mutter und dem einheimischen Arzte erhaltene Mittheilungen bestätigen die Andauer der Heilung. Autoreferat.

Parasiten und parasitäre Affectionen.

1. **Cautrell.** Unusual apparance of a circinate resigworm. Medical News 1895 21. September 1895. LXII. 12 Z.
2. **Jadassohn.** Demonstration eines Falles von Favus herpeticus. — Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau. (D. med. Woch. 1895. Nr. 19.)
3. **Samson,** K. G. Ueber eine neue Hautkrankheit. (Eine Bitte an die Collegen.) Wratsch 1895. Nr. 48, p. 1364. Russisch.
4. **Sokolow,** J. N. Ueber ein Würmchen, welches in der epidermoidalen Schicht der menschlichen Haut Gänge bildet. Wratsch 1895. Nr. 52, pag. 1456. Russisch.
5. **Bowditsch.** Observations Upon Cases Having the 50-Called „Taches bleuâtres" in the City Hospital. Moderal and Surgical Reports of the Boston City Hospital 1895.
6. **Podwyssozki,** W. Zur Entwicklungsgeschichte des Coccidium oviforme als Zellschmarotzer (mit Tafel I—IV). Bibliotheka medica, Abtheilung D II, Heft IV. Cassel, Fischer 1895.
7. **Bligh,** William. A severe case of foot-and-mouth disease occurring in a dog. The Lancet 30. Nov. 1895.

(1) Cautrell beschreibt einen jener Fälle von Herpes tonsurans (in diesem Falle am Vorderarme eines 10jährigen Mädchen), in dem sich im Centrum von neuem Herde ausgebildet hatten, die jünger waren als die Affection an der äusseren Peripherie, die einen Durchmesser von $1^3/_4$ Zoll zeigte. Nun hatten sich im Innern 5 einzelne Herde neu entwickelt von $^1/_8$—$^1/_2$ Zoll im Durchmesser, die zwar jeder für sich beste-

hend, der beigefügten Zeichnung nach einen gemeinsamen, sie einschliessenden Ring hatten. Bei der Untersuchung der Schuppen der äusseren Peripherie fanden sich sehr reichliche Mycelien mit starker Fructification aber ohne Sporen. Die Schuppen der inneren Ringe zeigten sehr viel weniger Pilze mit meist langen und schmalen Mycelien.

Lasch (Breslau).

(2) Jadassohn stellt eine 23jährige Patientin mit Favus herpeticus des Körpers vor. Die Aetiologie des Falles ist nicht aufgeklärt, da Pat. weder an Favus des Kopfes leidet, noch zugibt, Hausthiere zu haben. In der Glutäalgegend finden sich drei bis vier linsen- bis zehnpfennigstückgrosse rundliche Efflorescenzen, die der Mycosis tonsurans sehr ähneln. Die Diagnose Favus wird gestützt durch einen grösseren Herd, ein ganz typisches schwefelgelbes, ungefähr linsengrosses Scutulum, in der Mitte eines unregelmässigen markstückgrossen Kreises. Dasselbe setzt sich aus den bekannten Pilzformen zusammen. Die Culturen aus den rein squamösen Stellen und aus dem Scutulum stimmen makroskopisch und mikroskopisch unter einander und mit denen des Favus vulgaris überein, ein Beweis für die Unität der Favuspilze. Das Scutulum ist von seinem herpetischen Kreis durch eine breite, normale Zone getrennt; es besteht wesentlich länger als der herpetische Hof, der sich peripherisch vorgeschoben hat, während die von ihm durchzogene Strecke spontan abheilte. Letzteres tritt indessen nur dann ein, wenn die Pilze nicht in die Follikel eingedrungen sind, also nicht zur Bildung von Scutulis geführt haben. Unaufgeklärt ist es, warum nur an der einen Stelle die charakteristische Scutulumform entstanden ist, während sich die Erkrankung sonst als rein oberflächliche, spontan sich involvirende Dermatose abspielt.

O. Rosenthal (Berlin).

(3) Samson beobachtet schon seit 2 Jahren unter der Landbevölkerung im Gouv. Ufim, insbesondere im Herbste, eine von ihm früher nirgends gesehene Hautkrankheit, über welche er auch in der Literatur keine Angaben gefunden hat. Im Gesichte oder auf den Händen tritt eine rothe, etwas erhabene Linie von der Dicke eines dünnen Fadens auf, welche von sehr starkem Jucken begleitet ist. Die Linie erreicht manchmal im Laufe von 24 Stunden die Länge von 15 Cm. Nach einigen Tagen verschwindet diese Linie und tritt an anderen Stellen auf und kann somit auch auf Mund, Nase oder Conjunctiva übergehen. Im Allgemeinen ist der Gang dieser Linie ganz unregelmässig. Die Bauern nennen diese Krankheit „Wolossatik" (= Fadenwurm = Filaria), in der Meinung, dass dieselbe von einem Wurm hervorgerufen wird. Bei der Untersuchung mit der Loupe gelang es Samson einen schwarzen Punkt zu bemerken. Nach Herausschneiden dieser Stelle konnte S. unter dem Mikroskope ein lebhaft bewegliches „Würmchen" constatiren, welches einer Fliegenlarve ähnlich ist und schwarze querverlaufende zahnartige Ringe aufweist. Der Pat. blieb vollkommen gesund. Die Gänge theilen sich nie und konnte Samson stets nur ein einziges „Würmchen" constatiren. — Die Bitte des Dr. Samson an die Collegen, auf welche

auch Prof. Petersen am V. Congress der Deutsch. Dermatologischen Gesellschaft in Graz (1895) im Anschluss an die Demonstration von Prof. Neumann betreffend die Moulage eines Falles von „Creeping disease", (s. dieses Archiv 1896, Bd. 34, p. 105) hingewiesen hat, besteht darin, ihm mitzutheilen, ob Jemand schon einen ähnlichen Fall gesehen hat und ob die Beschreibung desselben in der Literatur bekannt ist. Die Adresse lautet: Russland, Gouv. Ufim, Station Meleuer, Woskressenski Fabrik von W. A. Paschkon, Dr. med. K. G. Samson. A. Grünfeld (Rostow am Don).

(4) Der Bitte des Dr. Samson nachkommend (s. oben 3), theilt Sokolow über die neue Hautkrankheit u. A. Folgendes mit. Zum ersten Male beobachtete Sokolow die Krankheit noch als Student etwa im Jahre 1879 in einem Dorfe an d. Wolga. Seit dem Jahre 1881 beobachtet er jeden Sommer 2—3 Fälle und zumeist im Gesichte. Nur einmal kam ein Fall vor, wo die Krankheit ihren Sitz am Halse hatte und ein anderes Mal an der Streckseite des unteren Drittels des Oberarmes. Zumeist betrifft die Krankheit junge Individuen. Auch hier wird die Krankheit vom Volke „Wolossatik" (Filaria, Fadenwurm) genannt. An den befallenen Stellen sind Jucken und Aufreibungen zu constatiren. In frischen Fällen manifestirt sich die Krankheit durch einen etwa von einer Stecknadel hervorgerufenen Ritz; das Streifchen hat zuerst eine grade Richtung, nachher aber bildet dasselbe Kreise. Nach einer Woche hat der Anfang des Streifchens das Aussehen von einem kaum bemerkbaren rosafarbenen Ringe. Schon vor 7 Jahren gelang es Sokolow zum ersten Mal am Ende des Ganges ein Würmchen herauszukratzen, welches das Aussehen einer Fliegenlarve aufweist. Die Zeichnung stellt ein etwa 40 Mal vergrössertes Bild dar. Das Würmchen, 1 Mm. gross, besteht aus 10 Gliederchen. Das Köpfchen besitzt eine Anzahl ziemlich grosser Häkchen und anscheinend 2 Saugnäpfe. Am Ende jedes Gliederchens befinden sich ebenfalls Häkchen, nur sind dieselben kleiner und besitzen ein anderes Aussehen. Am Schwanzende bemerkt man 2 kolbenartige Vorsprünge. Im Innern schimmern zwei quergestreifte Röhren und andere Organe durch. — Seitdem es Sokolow gelungen ist diesen Parasiten zu constatiren, bemerkte er bei den betreffenden Patienten Folgendes: Fast bei allen sind 2 Querfinger vom Anfange des Ganges beginnend, auf den Hauthärchen, Augenbrauen, Wimpern stets Eier von schwarzer Farbe zu bemerken, welche an Grösse die der Kopfläuse übertreffen; sie sitzen den Haaren fest an; die Larve geht aus dem Grunde des Eies heraus und bei den Patienten sind die Eier stets schon leer.

A. Grünfeld (Rostow am Don).

(5) B. hat bei einer ganzen Reihe von Fällen, die wegen der verschiedensten inneren Krankheiten im Bostoner City-Hospital lagen, Taches bleuâtres beobachtet; fast in allen Fällen liessen sich pediculi pubis nachweisen. Oppler (Breslau).

(6) Podwyssozki beschreibt den Entwicklungsgang des in der Kaninchenleber innerhalb der Epithelzellen als Schmarotzer vorkommenden Coccidium oviforme, von dem Eindringen der Zoospore ins Epithel angefangen bis zur Umwandlung in eine Zoosporencyste. Meist werden nur

die Gallengangsepithelien inficirt, während eine Infection der Leberzellen nur selten anzutreffen ist. Gustav Tandler (Prag).

(7) Bligh theilt einen schweren Fall von Maul- und Klauenseuche (? Ref.) bei einem 13jährigen Knaben mit. Der Knabe fieberte, war blass, ganz apathisch und hatte verlangsamten Puls (54 pro Minute). Die Lippen waren stark geschwollen und mit geplatzten Bläschen besetzt, deren Basis graue, aufgehäufte Epithelmassen zeigte. Die Zunge war dick belegt mit grauem Epithel, nach dessen Entfernung einige unregelmässig gestaltete, wunde Flecken zum Vorschein kamen. Die Zunge selbst war aber nicht geschwollen. Harter und weicher Gaumen wiesen runde, graue Flecken auf, deren Peripherie injicirt war; am harten Gaumen waren sie zu unregelmässig gestalteten, serpiginösen Figuren confluirt. Auch auf der Uvula fanden sich solche runde Flecken. Zahnfleisch, Pharynx und die Innenseite der Wangen waren frei. Es bestand starker foetor ex ore, und Serum und Speichel tropften beständig ab. Die Augenlider boten ein ähnliches Aussehen dar wie bei einer gewöhnlichen eczematösen Blepharitis. Am linken Nasenflügel war ein Bläschen; die Nasenschleimhaut war frei. Auf beiden Händen waren zahlreiche, ein klares Serum enthaltende Bläschen, die jedes von einem schmalen hyperämischen Hof umgeben waren. An der rechten Hand allein zählte Verfasser 47 Bläschen. Die Zehen waren frei, es fanden sich aber 2—3 verstreute Bläschen über den Metatarsalknochen jeder Seite. Der übrige Körper war frei. Es fanden sich keine Drüsenschwellungen und keine sonstigen Organerkrankungen. Der Urin war normal., Die Diagnose (? Ref.) bot keine Schwierigkeiten; die Infectionsquelle liess sich in diesem Falle nicht auffinden. Mikroskopisch fand sich neben harmlosen Hautschmarotzern in den Bläschen ein Streptococcus, der mittelst Plattenverfahrens isolirt folgende Characteristica darbot. Er wuchs gut, obwohl etwas langsam, auf allen Nährböden ausser auf Kartoffel. In Ausstrichculturen bildete er kleine, transparente, gallertähnliche, sphärische Colonien, die nicht confluirten und erst 48—60 Stunden nach der Inoculation erschienen. Mikroskopisch erschien er in langen, gewundenen Ketten von 30—50 Gliedern, deren einzelne Coccen paarweise gruppirt waren und etwas kleiner als der gewöhnliche Erysipel-Streptococcus. Er färbte sich gut mit Anilinfarben und wurde nach Gram nicht entfärbt. Zweifellos (? Ref.) handelte es sich um den pathogenen „Streptococcus Klein“, der als Erreger der Maul- und Klauenseuche des Rindviehs etc. beschrieben worden ist. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Buchanzeigen und Besprechungen.

1. **Emmet Rixford and T. C. Gilchrist. Two cases of protozoan (coccidioidal) infection of the skin and other organs.** The Johns Hopkins Hospital Reports Vol. I.
2. **T. C. Gilchrist. A case of blastomycetic dermatitis in man.** Daselbst.
3. **T. C. Gilchrist. Comparisons of the two varieties of protozoa and the blastomyces found in the preceding cases, with the so-called parasites found in various lesions of the skin, viz. Psorospermosis follicularis vegetans (Darier) Carcinoma, Herpes zoster, Molluscum contagiosum, Varicella. Daselbst.**

Besprochen von Priv.-Doc. Dr. Mannaberg in Wien.

Die vorliegenden drei Abhandlungen sind geeignet, im höchsten Grade das Interesse nicht bloss der Dermatologen, sondern aller Pathologen zu erregen, da in denselben der genaue klinische und histologische Befund dreier Krankheitsfälle vorgeführt wird, deren Aetiologie mit aller Bestimmtheit in Protozoen, resp. Blastomyceten zu erkennen ist. Die den Arbeiten beigefügten zahlreichen Photogramme und Zeichnungen können selbst bei solchen, die sich mit Protozoen niemals eingehend befasst haben, nicht den geringsten Zweifel darüber bestehen lassen, dass wir es hier mit Körpern zu thun haben, die den Zellen des menschlichen Organismus völlig fremd sind, und als feindliche Eindringlinge zu betrachten sind. Die principielle Wichtigkeit der Funde machen es erforderlich, auf dieselben in vorliegendem Referate etwas genauer einzugehen.

Ad. 1. In dem ersten der beiden publicirten Fälle handelte es sich um einen 40jährigen Mann, welcher im Jahre 1885 oder 1886 den ersten Anfang einer Hautkrankheit bemerkte. Derselbe bestand in einem leicht elevirten Fleck am Nacken; bald waren es mehrere ähnliche Flecke geworden, und es zeigten sich solche auch an den Augenbrauen, auf der Nase, auf den Lippen und Wangen. Im Jahre 1891 constatirte der behandelnde Arzt am Nacken ein Geschwür von 2½" : 5" Durchmesser, und ein ähnliches auf der Stirne. Von der Familie und der nächsten Umgebung des von den Azoren nach Californien eingewanderten Mannes litt Niemand an einer ähnlichen Krankheit.

Bei seiner Aufnahme in das Spital (1893) zeigte der Mann ein grosses Geschwür im Nacken, welches von kleineren umgeben war, die Elevation betrug ca. ½"; an den Augenbrauen sassen Geschwüre mit überhängenden fungösen Massen und es betrug hier die Elevation über

die Basis $^1/_4$—$^1/_3$". Alle Eruptionen liessen sich mit der Haut leicht verschieben. Das Uebel schritt bald langsamer, bald etwas rascher fort, nebst den Efflorescenzen auf dem Kopf erschienen solche auf der rechten Hand. Am längsten hielten sich die Schleimhäute frei, doch griffen die Geschwüre endlich auch auf die Conjunctiven über. Makroskopisch betrachtet bestanden die Efflorescenzen aus hypertrophischen Papillen von etwa 1 Mm. Breite und 2 Mm. Höhe; zwischen ihnen sickerte ein purulentes übelriechendes Secret hervor, welches zu schmutziggelben Borken eintrocknete. Der Rand war scharf, von einem schmalen Saum leicht gerötheter Haut umgeben. Die Geschwüre waren sehr druckempfindlich und auch spontan klagte der Patient oft über brennenden Schmerz in denselben. Die Plaques zeigten keinerlei Heilungstendenz und schritten peripheriewärts fort; nachdem sie eine gewisse Grösse erreicht hatten, löste sich im Centrum das Epithel ab, wodurch ein gewöhnliches flaches Geschwür gebildet war, das aus blassen Granulationen bestand und stark secernirte; die auf den Geschwüren stehenden Haare folgten einem geringen Zug. Anfangs Februar 1894 begannen die regionären Drüsen des Halses anzuschwellen und bald auch Fluctuation zu zeigen. Bis dahin litt der gesammte Ernährungszustand auffallend wenig; der Urinbefund war negativ. Mit dem Auftreten der Drüsenschwellungen beobachtete man abendliche Fieberbewegungen. Das klinische Bild machte in diesem Stadium den Eindruck einer Mycosis fungoides. Localbehandlung mit verschiedenen Mitteln, wie Methylviolett, Jod- und Bromlösung, Terpentin, Phenol etc. gaben keinen nennenswerthen Erfolg; hingegen trat rasche Narbenbildung ein nach Excision einzelner Plaques. Es wurden darauf in der Narcose die grossen Geschwürsflächen ausgekratzt, mit Sublimat abgerieben und mit dem Paquelin verschorft. Es folgte Granulationsbildung und ausgedehnte Vernarbung. Das linke Auge ging jedoch bald zu Grunde, da die Orbita nicht gründlich genug ausgeräumt werden konnte. Mit der Vernarbung im Gesichte besserte sich das Allgemeinbefinden; die Besserung hielt aber nicht lange an, Patient begann nämlich zu husten, und er kam immer mehr herunter. Schliesslich ging auch das rechte Auge verloren, es trat noch ein Geschwür am Bein und ein Hodenabscess auf und bald nachher, 31. Jänner 1895, erfolgte der Exitus letalis.

Die Obduction ergab einen Fistelgang, welcher von dem Geschwür an der Tibia zu einem Knochensequester führte, ferner einen Fistelgang von dem Geschwür an der Hand in die Tiefe führend. Die Lungen waren erfüllt von miliaren Knötchen, käsigen Herden und kleinen Cavernen; letztere sassen namentlich in den Oberlappen. Miliare Knötchen auf dem Peritoneum und in der Milz. Multiple Abscesse in den Hoden, in der Prostata und Vereiterung der Samenbläschen. Die Nebennieren geschwellt, von gelblichen Massen erfüllt. Die bronchialen und mesenterialen Drüsen geschwellt, zum Theil vereiternd. Das Nervensystem normal. In all' den genannten Eiterherden fanden sich die Protosoen in grossen Massen. Die miliaren Knötchen

bestanden aus Epithelzellen und Riesenzellen; am Rande fanden sich Lymphocyten, hie und da polynucleäre Leukocyten. Deutliche Verkäsung namentlich in confluirten Knötchen. Zahlreiche Untersuchungen auf Tuberkelbacillen ergaben negatives Resultat, hingegen fanden sich in den Geweben zahllose Protozoen, die auch im Käse und sehr häufig in Riesenzellen zu sehen waren. Der mikroskopische Befund der Haut zeigte eine Hypertrophie der Epidermis, stellenweise von epitheliomartigem Aussehen; daneben entzündliche Vorgänge, in der Form zahlreicher zerstreuter miliarer Abscesse im Rete und im Corium; viele, bald einzelne, bald gruppirte Riesenzellen. Die Protozoen fanden sich von der Oberfläche an bis zum subcutanen Lager zerstreut vor; oft lagen sie in reactionsloser Umgebung, oft von polynuclearen Leukocyten begleitet. Capillaren und Lymphgefässe zeigten sich in reichlicher Entwicklung; die Schweissdrüsen unverändert, oder etwas dilatirt, die Arrectores pilorum unverändert, die Haarfollikel nicht afficirt. Von Talgdrüsen war in den erkrankten Hautpartien nichts zu sehen. Spärliche Mastzellen, zahlreiche Russel'sche Fuchsinkörperchen. Das subcutane Gewebe frei von jeder pathologischen Veränderung.

Was die Protozoen betrifft, so charakterisiren sich die erwachsenen Exemplare als kreisrunde von einer doppelt contourirten Kapsel eingeschlossene Cysten mit einem Diameter von 15—07 μ. Die Kapsel färbt sich leicht, ebenso der granulirte Inhalt; bloss eine zwischen beiden liegende helle Randzone von 2—3 μ Dicke färbt sich nicht. Ein Kern konnte nicht nachgewiesen werden. Die Vermehrung geschieht durch Theilung in eine sehr grosse Anzahl (bis zu 100) von Sporen, welche nach Bersten der indessen allmälig sich verdünnenden Kapsel in's Freie gelangen. Eigenbewegung konnte an den Protozoen trotz stundenlanger Beobachtung des Eiters, in welchem sich die Parasiten in allen Altersstadien vorfanden, nicht wahrgenommen werden. Die jungen Individuen wachsen heran und lassen alsbald eine Schale erkennen. Die Vermehrung geht auch in den Riesenzellen vor sich, in denen alle Altersstufen gelegentlich zur Beobachtung kommen können. Die Infection einer Epidermiszelle wurde nur ein einziges Mal gesehen.

Die Protozoen färben und entfärben sich leicht; sie nehmen auch Weigert's Fibrinfärbung an. Bei der Anwendung der Gabbet'schen Färbung nimmt die Kapsel eine rothe, der Inhalt eine blaue Farbe an.

Im Eiter nativ betrachtet sehen die Cysten schmutzig gelb-braun, opak aus. Die Infection dürfte von der Haut her erfolgt sein, doch sind Versuche, dem Patienten durch Einreibung von Secret auf scarificirte Stellen neue Herde zu erzeugen, negativ geblieben. Züchtungsversuche misslangen. Impfungen auf Hunde und Meerschweinchen ergaben einigemal protozoenhältige Geschwüre. Ihren Eigenschaften zufolge stehen die beschriebenen Protozoen den Coccidien u. zw. dem tribus Polysporea (Schneider) am nächsten, doch ist als charakteristisch zu bemerken, dass Sichelbildung nicht beobachtet worden ist und die Vermehrung direct durch Gymnosporen zu erfolgen scheint. Die Autoren benennen das Pro-

tozoon mit dem Namen: Coccidioides immitis und die von ihm erzeugte Krankheit Dermatitis protozoica resp. Pseudotuberculosis coccidioidica.

2. Fall. Ein 33jähriger Mann, bei dem die Krankheit mit 2 Efflorescenzen auf der Stirne begann; bald darauf traten zahlreiche andere an verschiedenen Körperstellen auf. Es schwollen ferner die Nackendrüsen an, später kamen trockener Husten, Abmagerung, Fieber und Nachtschweisse hinzu.

Die Efflorescenzen bildeten erst eine ganz kleine Papel, an deren Spitze bald eine kleine Pustel aufschoss; nach Abstossung der Epidermis lag ein etwas erhabenes, von einem leicht infiltrirten Rand umgebenes Geschwür vor, welches vergrösserte Papillen erkennen liess, stark secernirte und sehr schmerzhaft war, Knotenbildung kam hier nicht vor. Die Aussaat auf den übrigen Körper erfolgte in diesem Fall viel rascher als in Fall I, auch vergrösserten sich die Geschwüre sehr rasch. Bald erfolgte der Exitus; die gesammte Krankheitsdauer betrug nicht ganz 3 Monate. Die Autopsie des Falls konnte leider nicht vorgenommen werden und es wurde bloss ein exstirpirtes Hautstück untersucht. Der mikroskopische Befund an demselben war jenem von Fall I sehr ähnlich, nur war hier mehr Eiterbildung vorhanden, während die Riesenzellen spärlicher an Zahl waren. Die Protozoen, welche sich im Gewebe in grossen Massen fanden, waren etwas grösser als die im Fall I. Sie liessen im Centrum stets einen hellen Raum wahrnehmen (Vacuole?) und die Sporenbildung erfolgte ein wenig anders als im Fall I.

Die Autoren benennen dieses Protozoon mit dem Namen: Coccidioides pyogenes.

Die Verfasser halten es für wahrscheinlich, dass Wernicke's Fall von Mycosis fungoides mit Sporozoen den ihrigen beiden Fällen analog war. Auffallend ist es, dass die beiden kranken Portugiesen von den Azoren waren, die beide längere Zeit in Californien arbeiteten u. zw. beide im San Joaquin Valley.

Ad 2. Ueber den in Frage stehenden Fall von einer Blastomyceteninfection berichtete Gilchrist in kurzer Form schon im Juni 1894 vor der American dermatological association in Washington.

Der Fall stand in Behandlung des Dr. Duhring in Philadelphia und wurde als Scrophuloderma angesehen; bei der Untersuchung auf Tuberkelbacillen fand Gilchrist an deren Stelle Blastomyceten, ein Befund, welcher bis dahin am Menschen noch nicht erhoben worden ist.

Im histologischen Bild trat besonders auffallend eine starke Epithelwucherung im Rete mit eingestreuten miliaren Abscessen hervor. Die Abscesse bestanden aus polynuclearen Leucocyten, Epithelzellen und aus Kerndetritus und enthielten ausserdem Blastomyceten. Das Corium zeigte weniger zahlreiche Abscesse, zerstreute Riesenzellen, wenige Mastzellen.

Die Blastomyceten waren in nahezu allen miliaren Abscessen, ferner auch zerstreut im Corium, vorhanden, an der Hautoberfläche jedoch fanden sich keine Keime. Sie charakterisiren sich durch ihr häufig paar-

weises Auftreten (Sprossung). Die grössten Exemplare sind etwas oval mit einem längsten Diam. von 16 μ. Die Kapsel 0·6—0·8 μ dick, widersteht Säuren und Alkalien. Zwischen Kapsel und Protoplasma liegt eine verschieden dicke periphere Zone von 1—1·75 μ; diese nimmt nur schwache Färbung an, während das fein granulirte und oft gröbere Körnchen enthaltende Protoplasma die gewöhnlichen Farbstoffe, namentlich Safranin, leicht annimmt.

Die meisten Exemplare mit Ausnahme der jungen besitzen eine Vacuole von 4—6 μ Diam., die von einer zarten Membran umgeben ist. Die Vermehrung erfolgt durch Knospung und durch Abschnürung der Knospen.

Von Busse's Blastomyceten unterscheiden sich diese darin, dass sie bloss eine Vacuole besitzen, während jene einen Kern haben.

Ad 3. In dieser Abhandlung berichtet Gilchrist über die von verschiedenen Autoren für sporozoenartige Parasiten angesehenen Körper bei Carcinom, Molluscum contagiosum, Herpes zoster, Varicella, welche er an zahlreichen Fällen dieser Kategorien zum Gegenstand seines Studiums gemacht hat.

Er kommt zu den Schlüssen dass

1. Darier's „Psorospermien", gleichwie Petersen es erörtert hat, nichts anderes sind als in abnormer Verhornung begriffene Epithelien. Sie fanden sich in dem ersten Fall von Protozoeninfection und in dem Fall mit Blastomyceten in grosser Menge vor und der directe Vergleich mit den genannten Organismen liess es als besonders augenfällig erscheinen, dass jene keine Protozoen sein können.

2. In einem Fall von benigner Hauthypertrophie von der Hand einer jungen Frau fand Gilchrist die „Carcinomparasiten" von Ruffer, Plimmer und Walker in grosser Anzahl; sie sind also nicht specifisch und Gilchrist hält auch sie für Zelldegenerationen u. zw. theils für Eleidin, theils für Fuchsinkörperchen und andere noch nicht genauer studirte degenerative Producte.

3. Auch die von anderen Autoren als „Carcinomparasiten" beschriebenen und theils für Protozoen, theils für Blastomyceten gehaltenen Körper sind nicht als solche haltbar, da sie nicht in allen Fällen von Carcinom gefunden, dafür in nicht carcinomatösen Geweben häufig angetroffen werden; sie sehen den als echten Protozoen resp. Blastomyceten erkannten Körpern nicht ähnlich und zeigen andererseits unter einander einen zu grossen Formreichthum.

Die angegebenen Entwicklungsstufen sind vage und nicht überzeugend. Man könne daher vorläufig von Carcinomparasiten noch nicht sprechen.

Varia.

XII Congrès International de Médecine. Moscou, 7 (19) – 14 (26) Août 1897.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Als Vorstand der VIII. Section für Haut- und venerische Krankheiten auf dem XII. Internationalen medicinischen Congress, erlaube ich mir Sie höflichst zu bitten, in Ihrer werthen Zeitschrift die vom Organisations-Comité der VIII. Section aufgestellten Themata mittheilen zu wollen.

THEMATA:

I. Dermatologie.

Actinomycosis. Tuberculosis cutis primitiva. Pathogenie der Area Celsi Acanthosis nigricans. Blennorrhagische Haut-Eruptionen, Malaria-Eruptionen, Quecksilber-Eruptionen. Behandlung der Sclerodermie. Behandlung des Rhinosclerom.

II. Venereologie.

1. Wann hat die Quecksilberbehandlung der Syphilis zu beginnen? Wie lange soll sie dauern? 2. Muss die Behandlung gleich nach dem Ausbruch der allgemeinen Symptome oder vor dem Erscheinen derselben beginnen? 3. Die Veränderungen der Formelemente des Blutes bei Syphilitikern im condylomatösen Stadium. 4. Die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen löslicher und unlöslicher Präparate.

Abgesehen von den vom Comité der Section ergangenen persönlichen Aufforderungen habe ich die Ehre die hochgeehrten Herren Collegen und Mitglieder des Congresses ergebenst zu bitten entweder dem vom Comité angegebenen Programm beitreten oder ein Thema zum Vortrag auf dem Congress nach Belieben wählen und das Comité von Ihrem Wunsch unter folgender Adresse in Kenntniss setzen zu wollen:

Moskau, Klinik für Hautkrankheiten, Prof. A. Pospeloff.

Schriftführer:	Vorstand der VIII. Section:
Dr. G. **Küsel.**	Prof. Dr. **A. Pospeloff.**

Alle Fragen betreffend wissenschaftliche Angelegenheiten und die dermatologische Ausstellung mögen an dieselbe Adresse gerichtet werden.

Originalabhandlungen.



Aus dem städtischen St. Lazarushospital in Warschau.

Ein Fall von Hautactynomykose, mit grossen Jodkaliumdosen behandelt.

Von

Dr. Adolf Kozerski,
Arzt am Ambulatorium desselben Hospitals.

(Hierzu Taf. IV u. V.)

Am 21./X. 1895 wurde auf die Abtheilung die Kranke E. W. aufgenommen. Die Diagnose lautete: Syphilis tarda. Es wurden Einreibungen von grauer Salbe à 2·0, K.-J, 1·0 pro die und emplastrum mercuriale auf die erkranke Partie verordnet.

Dr. v. Watraszewski, dessen Asistent ich zur Zeit war, hatte die Liebenswürdigkeit, mir den Fall zur Beobachtung zu überweisen.

Die Anamnese ergab, dass sich die Kranke bis zum letzten Jahre der allerbesten Gesundheit erfreute. Niemals hat sie abortirt. Vor 15 Jahren gebahr sie ein gesundes Kind, welches bis jetzt lebt und gesund ist. Das zweite, vor acht Jahren geborene Kind, erlag in der zehnten Lebenswoche der „Grippe". Das letzte, den 25./IV. 1895 geborene Kind, starb in der siebenten Lebenswoche in Folge einer hartnäckigen Diarrhoe.

Die Kranke stellt in Abrede, etwas bei sich beobachtet zu haben, woraus wir auf Syphilis schliessen könnten.

Erst im Februar 1895 bemerkte sie im Centrum der linken Wange ein Knötchen, welches mit der Zeit immer mehr an Umfang zunahm. Nach einigen Monaten, nachdem Patientin mehrmals Blutegel, Umschläge u. s. w. applicirte und der Zustand sich verschlimmerte, suchte sie Rath bei einem in der Umgebung wohnenden Arzte, der zuerst die kranke Stelle mit Zinkpaste bedecken liess, später localiter empl. cinereum und eine innere Arznei verordnete. Es trat darnach aber keine Besserung ein. Der Zustand verschlimmerte sich im Gegentheil immer mehr, es

traten Störungen in den Kaubewegungen ein und schliesslich wurde das Kauen vollständig unmöglich, so dass die Kranke keine festen Speisen zu sich nehmen konnte.

Wir müssen noch hinzufügen, dass vor einem Monate die Patientin während einer Woche an Ohrensausen, Hals- und Kopfschmerzen gelitten hat, welche des Nachts stärker aufgetreten sein sollten.

Schliesslich hat der behandelnde Arzt sie in das St. Lazarusspital in Warschau geschickt.

Status praesens: Den 24./X. 1895 fand ich Folgendes. Ein gut gebautes 45jähriges Bauernweib, mässig ernährt, von kräftigen Muskeln und gutem allgemeinem Zustande. Die sichtbaren Schleimhäute normal. Das Knochengerüste ohne nachweisbare Veränderungen. Die Haut. mit Ausnahme der unten zu beschreibenden Veränderung, normal, gelblich, elastisch.

Die ganze Affection ist an der linken Wange localisirt Die Haut an derselben ist dunkelroth, cyanotisch, stark infiltrirt. Die Hyperämie und Infiltration verlieren sich gegen die Peripherie allmälig — nach oben etwas oberhalb des proc. temp. ossis zygomatici und oberhalb des Processus mastoideus. Die Ohrmuschel ist frei. Von Vorne beginnt die Grenze seitwärts von äusserem Augenwinkel, fällt dann senkrecht bis zur Nasolabialfalte, übergeht auf den Hals, wo sie 1—1½ Cm. unter der unteren Mandibulakante parallel zu derselben läuft, dann 2 Cm. hinter dem Unterkieferwinkel hebt sie sich in die Höhe, wo sie hinter der Ohrmuschel, die Haargrenze nicht erreichend, an die obere Grenze gelangt. Auf diese Weise kann die erkrankte Hautpartie mit einem gleicharmigen mit der Basis nach vorne gewendetem Dreieck verglichen werden.

Die Haut ist an der oben beschriebenen Stelle leicht verschiebbar, mit den Knochen nicht verwachsen, glatt, glänzend, von mässig harter Consistenz, nicht schmerzhaft, hier und da mit grossen membranösen Schuppen bedeckt. Quer ungefähr durch die Mitte der Wange sind augenscheinlich die oberen Hautschichten wallartig erhaben. Der so gebildete, ungefähr 2—5 Mm. breite Wulst, läuft nach einer wellenartigen Linie, ist weich und zeigt deutliche Fluctuation. Die Sonde dringt durch einige punktförmige Oeffnungen mit Leichtigkeit in das Innere des Ganges bis zu seinen Endigungen hinein, lässt sich aber seitwärts über die sichtbaren Grenzen des Ganges nicht verschieben Nach oben und unten, fast bis zur Grenze der erkrankten Partie, laufen in wellenartigen Windungen kürzere Fisteln, welche mit der oben beschriebenen Fistel communiciren.

Eine längere ähnliche Fistel läuft, von dem untersten Punkte der Ohrmuschel beginnend, längs der unteren Kinnkante und beschreibt einen mit der Convexität nach unten gerichteten Bogen.

Schliesslich sehen wir noch eine schräg hinter der Ohrmuschel verlaufende kürzere Fistel

Die äussere Fistelwand ist augenscheinlich von oberen Hautschichten gebildet und hebt sich von der Unterlage in Form einer dünnen Membran, durch welche die darunter eingeführte Sonde deutlich durchschimmert,

ab. Nur an denjenigen Stellen, wo Schuppen oder Krusten vorhanden sind, wird die Sonde unsichtbar.

Dicker gelblicher Eiter, welcher die Fistelgänge ausfüllt und ihnen eine graugelbliche Farbe verleiht, lässt sich durch zahlreiche punktförmige Oeffnungen herauspressen. Zwischen zwei Deckgläschen lässt sich der Eiter ohne Widerstand zerquetschen. Körner sind nicht zu finden.

Bei der Untersuchung der Mundhöhle stellt sich heraus, dass fast alle Zahnkronen meistens zerstört sind. Die Bewegungen des Kinns sind derart beschränkt, dass beim stärksten Aufmachen des Mundes die Ränder des Zahnfleisches kaum um 2 Cm. von einander entfernt sind.

In der Schleimhaut der Mundhöhle lassen sich weder bei der Besichtigung, noch beim Palpiren Veränderungen nachweisen. Die zwischen zwei Fingern, von denen der eine in die Mundhöhle eingeführt wurde, betastete Wange, erweist die stärkste Infiltration in der Gegend des Kaumuskels. Die Infiltration verliert sich allmälig gegen die vordere Grenze.

Die Untersuchung der übrigen Haut sowie der inneren Organe lässt nichts abnormes nachweisen. Der Urin enthält weder Zucker noch Eiweiss. Das Körpergewicht beträgt 121¾ Pfd.

Da wir eine Eiterung des Gesichtsskeletts ausschliessen konnten, so waren wir gezwungen, den Process als eine Bildung von oberflächlichen cutanen Fisteln, welche mit Hyperämie und Infiltration der angrenzenden Haut und benachbarter Weichtheile complicirt waren, zu betrachten.

Das Krankheitsbild schien mir ausschliesslich der Actinomykose oder einer ihr verwandter parasitärer Erkrankung zu entsprechen.

Die syphilitischen Efflorescenzen (selbstverständlich ist nur von späten Formen die Rede) lassen doch immer zwei Haupttypen seines Baues erkennen, d. h. man hat vor sich ein kugeliges oder ovales Infiltrat, welches entweder in seiner Mitte (Gumma) oder an seiner Peripherie zerfällt (Ulc. serpiginosum). Das war aber in unserem Falle, wie aus der Beschreibung ersichtlich ist, keineswegs der Fall. Aus diesem Grunde fühlte ich mich berechtigt Syphilis auszuschliessen, obwohl die in der Anamnese erwähnten hartnäckigen Kopfschmerzen, die während der Nacht in stärkerem Masse auftraten, doch gewisse Zweifel über ihre Natur zuliessen.

Der Mangel an Schmerzhaftigkeit, die dicke Consistenz des Eiters, die verhältnissmässige Regelmässigkeit der Fistel ohne Tendenz sich zu grösseren Geschwüren mit unterminirten Rändern umzugestalten, endlich der Mangel irgendwelcher all-

gemeiner Symptome — lies den Gedanken an Scrophuloderma oder irgendwelche andere Form der Hauttuberculose bei Seite legen.

Der exquisirte Charakter eines chronischen Eiterungsprocesses erlaubt uns nur der Vollständigkeit wegen an Neubildungen zu denken, um desto mehr, dass weder eine eigentliche Neubildung, noch irgend welche Characteristica (wie Epithel-Perlen bei Epithelioma) vorhanden waren.

Es unterliegt also keinem Zweifel, dass wir es in gegebenem Falle mit einer chronischen phlegmonösen Eiterung zu thun hatten. Es handelte sich also um die Entscheidung der Ursache derselben.

Die Consistenz des Eiters war zwar in gegebenem Falle nicht für Actinomykose charakteristisch. Es wurden aber Fälle beobachtet, in welchen der Eiter bei Actinomykose nicht, wie gewöhnlich dünn, sondern dick erschien.

Es musste natürlich die Anwesenheit von Körnern, resp. charakteristischer Pilze mikroskopisch nachgewiesen werden. Grössere Körner liessen sich aber absolut nicht auffinden, selbst nicht, nachdem ich den Eiter in dünner Schichte auf Uhrgläschen ausbreitete. Es waren zwar vereinzelte punktförmige runde Klümpchen zu sehen, die sich aber absolut nicht von denen unterscheiden liessen, die im Eiter anderer Abstammung constatirt werden können.

In zwanzig Deckgläschen, welche mit einer dünnen Schichte aus den Fistelgängen stammendem Eiter bedeckt waren und nachdem dieselben in Kalilauge abgespült wurden und in Glycerin betrachtet waren, konnten wir keine den Actinomycesdrüsen ähnlichen Gebilde auffinden.

Diese Untersuchungen wurden mehrmals wiederholt, ergaben aber stets dieselben Resultate.

Unterdessen setzte die Kranke die Einreibungen fort, nahm täglich 1·0 K.-J. ein und die kranke Stelle wurde mit Empl. cinereum bedeckt.

Die Krankengeschichte lautet, wie folgt:

30./X. 1895. Die Kranke hat 10 Inunctionen eingerieben.

Die linke Wange ist deutlich blässer, die cyanotische Farbe verschwindet.

2./XI. 1895. Die periphären Theile der Fisteln haben sich in platte weisse 3 Mm. lange Stränge umgewandelt und sind Narben inmitten einer gerötheten Haut ähnlich. Aehnliche Stränge unterbrechen die langen Fisteln ihrer ganzen Länge nach, so dass die langen Fisteln zu mehreren kürzeren getheilt erscheinen. An anderen Stellen wölbt der sich ansammelnde Eiter die Fistelwand empor.

5./XI. 16 Inunctionen eingerieben. Körpergewicht 122½ Pfd.

8./XI. Zum ersten Mal färbte ich den auf einem Deckgläschen ausgebreiteten Eiter nach Gram. Unter zahlreichen polynucleären Leukocyten (nachgefärbt mit Vesuvin) fand ich einen Filz von Fäden, deren Beschreibung weiter unten folgen wird. Die Fäden waren theilweise in grösseren Haufen verfilzt, theilweise einzeln in der nächsten Umgebung des Filzes zerstreut.

Nachdem noch einige andere Deckgläschen dasselbe Resultat ergaben, nämlich charakteristische Actinomycesfäden, wurde die Diagnose: „Actinomykosis faciei" erwiesen.

Ich schlug die von Thomassin an Thieren und von van Iterson an Menschen erprobte Jodkaliumtherapie um desto mehr vor, da die Erfahrungen, welche Meunier, Buzzi,[1]) Poncet, Ramsom,[2]) Rydygier,[3]) Pringle[4]) und Andere gesammelt haben, nur dazu anregten. Die Inunctionen und das graue Pflaster wurden bei Seite gelegt.

Ich möchte an dieser Stelle erwähnen, dass während der gemischten antiluetischen Cur einige Besserung eingetreten ist. Die Infiltration der Wange verschwand, die cyanotische Gesichtsfarbe hat einer mehr röthlichen Platz gemacht. Die periphären Fistelpartien waren allem Anschein nach in Heilung begriffen. Die Kranke war im Stande, den Mund etwas breiter aufzumachen.

Da mir Anfangs noch kein photographischer Apparat zu Gebote stand, habe ich erst nachträglich den 8./XI. die Kranke photographirt. (Fig. 1.)

8./XI. Kalii jodati 4.0 de die in zwei Einzeldosen.

9./XI. Mein Vorschlag, einen Zahn zur Untersuchung herauszuziehen, wurde von der Kranken abgelehnt. KJ 4.0 de die.

10./XI. KJ 4.0 de die. 11./XI. Körpergewicht 119½ Pfd. KJ 6.0 de die 12./XI. KJ 6.0 d. d. 13./XI. KJ 8.0 d. d. 14./XI. Die Kranke verträgt sehr gut KJ. KJ 8.0 d. d. 15./XI. KJ 10.0 d. d.

16./XI. In der rechten Achselhöhle haben sich einige kleine folliculäre Abscesse gebildet. Der entleerte Eiter enthält weder Körnchen, noch Actinomycesfäden. KJ 12.0 d. d.

---

[1]) Choux. Étude clinique et therapeut. de l'Actinomycose. Archives générales de médecine. 1895 p. 687.

[2]) Centralblatt für Chirurgie. 1894, 1895. Referate.

[3]) V. Congress der polnischen Chirurgen.

[4]) Monatshefte für prakt. Dermatologie. 1895 p. 235.

17. XI. Die Besserung des Zustandes ist mit jedem Tage deutlicher. Die Infiltration ist viel kleiner, der Mund lässt sich immer breiter aufmachen. Unterdessen machen die Fisteln alle früher beschriebenen Stadien durch. Es sammelt sich nämlich der Eiter und zwar augenscheinlich viel rascher als früher. Die Fistelwand wölbt sich und platzt an ihrer dünnsten Stelle. Der daraus heraustretende Eiter ist immer von sehr dicker Consistenz, enthält wenig kleine weissliche Körnchen, die erst deutlicher auftreten, wenn man den Eiter in dünner Schichte ausbreitet. Nach der Entleerung des Eiters fallen die Fistelwände zusammen, lassen sich noch eine gewisse Zeit über einander verschieben, was aber schon nach einer Woche misslingt. Dann verwandeln sich die Fisteln in einen weissen narbigen Strang, der mit der Zeit immer enger und kürzer wird. — KJ 12.0 d. d.

18. XI. Appetit, Digestion gut. Der allgemeine Zustand lässt nichts zu wünschen übrig. — Körpergewicht 123 Pfd. KJ 12.0 d. d.

19. XI. Man sieht im Eiter Körnchen, deren die grösseren einen Durchmesser von [illegible] Mm. erreichen. KJ 14.0 d. d.

20. XI. KJ 14.0 d. d.

21. XI. Keine Reizerscheinungen seitens der Schleimhäute, die auf Jodvergiftung hindeuten möchten. KJ 14.0 d. d.

22. XI. Die Kranke ist im Stande immer grössere Excursionen mit dem Unterkiefer zu Stande zu bringen. KJ 14.0 d. d.

23. XI. Kopfschmerz. Schnupfen. KJ 0.

24. XI. Der Schnupfen ist geringer. Der Kopfschmerz ist fast verschwunden. KJ 0.

25. XI. Schnupfen und Kopfschmerz vollständig geschwunden. Es bestand keine Sicherheit, dass der Schnupfen dem Jodgebrauch zuzuschreiben wäre. Es fehlte Reizung weder der Speicheldrüsen, noch derjenigen Schleimhäute, die gewöhnlich die ersten an Jod reagiren. Die Secretion der Nasenschleimhaut war auch nicht so reichlich, wie es gewöhnlich bei Jodschnupfen der Fall ist. Deswegen bestand keine Sicherheit, dass der Schnupfen dem Jodgebrauch zuzuschreiben wäre. Es lag viel näher an gewöhnliche Schädlichkeiten zu lenken, von denen in Spitälern die Kranken kaum zu schützen sind, wie Erkältungen in schlecht beheizten Aborten, Herumgehen mit nackten Füssen auf dem feuchten Boden der Waschstube u. s. w. — In Folge dessen, nachdem 24 Stunden weder Schnupfen noch Kopfschmerz zu verzeichnen waren, kehrten wir zu einer kleineren Dosis Jodkalium 8.0 pro die zurück.

26. XI. KJ 9.0 p. d.

27. XI. Körpergewicht 128 [illegible] Pfd. College A. **Żurakowski** hat die Freundlichkeit gehabt, einige kleine Körnchen auf Agar zu überimpfen. — KJ 9.0 d. d.

28. XI. Es bleibt nur ein intracutaner Abscess an der Stelle der schon zusammengefallenen längsten Fistel. KJ [illegible] p. d.

29. XI. Die ganze linke Wange ist fast vollständig frei von Infiltration und blasseröthlich gefärbt. An der Stelle der früheren Fisteln sieht

man weisse flache Stränge, die theilweise allen Anschein einer Narbe haben, sind hart, durch eine in ihr Inneres eingeführte Nadel der Pravaz'schen Spritze lassen sie sich nicht mit Flüssigkeit füllen. — Die anderen wieder, obwohl sie auch als weisse Narbenstränge imponiren, lassen sich doch etwas über ihrer Unterlage verschieben. Die Pravaz'sche Spritze füllt sie noch mit Flüssigkeit, doch nur an bestimmten beschränkten Bezirken. Es macht den Eindruck, dass der früher in seiner ganzen Länge durchgängige Canal jetzt in mehreren Punkten obliterirt ist. KJ 10.0 p. d.

30./XI. KJ 10.0 p. d. Die Abscesse in der Achselhöhle sind verheilt.

1./XII. Kopfschmerz, Schnupfen. KJ 0.

2./XII. Status idem. Körpergewicht 128³/₄ Pfd. KJ 0. — Natrii salicylici 0.5 zweimal täglich.

3./XII. Kein Kopfschmerz. Der Schnupfen ist geringer. KJ 0.

4./XII. Kein Schnupfen mehr. KJ 4.0 p. d. 5./XII. KJ 8.0 p. d. 6./XII. KJ 8.0 p. d. 7./XII. KJ 8.0 p. d. 8./XII. KJ 8.0 p. d. 9./XII. Körpergewicht 128¹/₂ Pfd. KJ 9.0 p. d. 10./XII. KJ 9.0 p. d.

11./XII. Die Infiltration der Wange ist vollständig verschwunden. Geringe Ueberreste derselben sind noch unmittelbar vor, unter und hinter der Ohrmuschel zu sehen. Die Unterkieferbewegungen sind vollständig frei. Die Mund- und Rachenschleimhaut ist normal, blass, ohne Narben. Die Kranke hört etwas schlechter mit dem linken Ohr, als mit dem rechten, was aber nach ihren Angaben noch vor dem Beginne der Krankheit sich einstellte. Der linke äussere Gehörgang ist eng, lässt nur das engste Speculum durch. So viel man Einsicht bekommen konnte, war die Membrana tympani als blasse weisse glänzende Membran zu sehen. KJ wurde wegen der wieder eintretenden Kopfschmerzen nicht gegeben.

12./XII. Schnupfen, Kopfschmerz. Natrii salicylici 0·5 zweimal täglich.

14./XII. Der Schnupfen ist geringer, der Kopfschmerz hat aufgehört. 16./XII. Körpergewicht 132 Pfd. 17./XII. Der Schnupfen ist fast verschwunden.

18./XII. Die rosarothe dünne linke Wange ist frei von Eiterherden. Nur hinter der Ohrmuschel in der Gegend des Processus Mastoideus ist eine runde flach infiltrirte Hautstelle von 23 Mm. Duchmesser zu sehen, dessen Mitte ein kleiner Schorf bedeckt.

19./XII. Der Schnupfen ist verschwunden.

21./XII. Abends starker Schüttelfrost. Vom linken äusseren Gehörgang fliesst dünnflüssiger Eiter mit weissen Klümpfchen heraus, die unter dem Mikroskope als aus Eiter- und Epithelzellen gebildet sich herausstellen. Von den Mikroorganismen sind zahlreiche Coccen von verschiedener Grösse zu sehen, aber keine Actinomycesfäden. T. 38.1.

22./XII. Morgentemperatur 37.1. Abendtemperatur 37.6.

23./XII. MT 37.0. AT 37.6. Der Eiter, der jetzt in bedeutender Menge nicht nur aus dem äusseren Gehörgang, sondern auch durch die Tuba Eustachii fliesst, ist trüb und dick geworden. (Otitis media sup-

purativa.) Die Kranke gurgelt mit Kalium chloricum und trockene Wattebäuschchen mit Borsäure werden in den Gehörgang eingelegt und oft gewechselt.

24./XII. MT 37.1. AT 37.3. Der mikroskopische Befund des immer reichlich herausfliessenden Eiters ist immer derselbe. Immer sind Actinomycesfäden nicht zu finden. Die linke Rachenhälfte ist stark geschwollen und geröthet. Schmerzen beim Schlucken.

25./XII. MT 31.0. Der Ausfluss ist weniger stark. Die Schmerzen beim Schlucken sind geringer. Nachmittags starker Schüttelfrost. P 39.6. Die Haut vor, unter und hinter der linken Ohrmuschel stark geröthet, geschwollen, heiss, schmerzhaft beim Betasten, scharf von der gesunden Partie abgegrenzt. Diagnosis: „Erysipelas.“ Es wurden local Compressen von: Hydrarg. bichlor. corrorivi 0.1, Aluminis acetici 1.0, Aq. destil. 100.0 applicirt.

26./XII. T 37.8. Die Hyperämie und Schwellung hat sich nicht nur über das ganze früher durch die Actinomykose eingenommene Territorium verbreitet, sondern ist auch auf die benachbarten Partien übergegangen, so, dass die linke Gesichtshälfte unterhalb des Processus zygomatici und der Augenspalte ist von einer heissen, stark rothen, gespannten, glänzenden, schmerzhaften Haut bedeckt. AT 38.7.

27./XII. Die Entzündung ist auf beide Augenlider und auf die Nase über ihre Medianlinie übergegangen. Aus dem äusseren Gehörgang fliesst wenig Eiter heraus. Die Röthe der linken Rachenhälfte ist viel geringer. MT 37.3; AT 37.0.

28./XII. Die entzündliche Schwellung ist auf die rechte Regio zygomaticae übergegangen. Die linke Gesichtshälfte ist hart infiltrirt und cyanotisch verfärbt. Innerhalb einiger Fisteln, nämlich derjenigen, welche am spätesten ihren eitrigen Inhalt verloren haben, tauchen eitrige Punkte auf. MT 36.8. AT 37.9.

29./XII. Beide Lider des linken Auges sind kolossal geschwollen, erlauben nicht das Auge aufzumachen. Im oberen hart infiltrirten Augenlid fühlt man einen fluctuirenden Abscess. Die Grenze der entzündlichen schmerzhaften Schwellung nähert sich immer mehr und mehr der rechten Ohrmuschel. MT 37 9. AT 38.3.

30./XII. Seit zwei Tagen Stuhlverstopfung. In dem aus dem Abscess des Augenlides entnommenen Eiter liessen sich keine Actinomycesfäden nachweisen. Auch auf der rechten Gesichtshälfte macht die lebhafte Röthe einem blaulichen Ton Platz. Nur die äusserste Grenze der in Entzündung begriffenen Partie, welche jetzt bis zur rechten Ohrmuschel reicht, hat noch den lebhaft rothen Ton behalten. MT 39.6, AT 38.1. Ol. rycini 1 Esslöffel.

31./XII. Die linke Gesichtshälfte ist viel blässer geworden, die Schwellung hat sich auch bedeutend zurückgebildet. Aus der im oberen Augenlide befindlichen Abscesshöhle fliesst viel dicker Eiter, welcher keine Actinomyceselemente enthält. Die rechte, bläulich gefärbte Gesichtshälfte ist ebenfalls stark abgeschwellt. Die Entzündung ist über die Ohr-

muschel hinüber gewandert, ohne jedoch die Haargrenze zu überschreiten. MT 38.3. AT 38.8. Chinini muriatici 0.2 zweimal täglich.

1./I. 1896. Die Schwellung ist sowohl von der linken, wie von der rechten Gesichtshälfte vollständig verschwunden. Die rechte Gesichtshälfte ist noch rosaroth verfärbt, die linke von normaler Hautfarbe, desquamirt. MT 37.0. AT 36.5.

2./I. An der rechten Gesichtshälfte lässt sich kaum ein leicht rother Hauch wahrnehmen. Stuhlverstopfung. Nach einem Esslöffel Ricinusöl 6 flüssige Stühle. Bismuti subnitrici 1.0 zweimal täglich. MT 36.8. AT 37.2. Chinin wurde ausgesetzt.

3./I. MT 35.8. Puls schwach, 60 in der Minute. Kräfteverfall. AT 35.9. Wein. Kräftige Diät. Coffeini 0.1 zweimal täglich.

4./I. Die Kranke fühlt sich besser. MT 35.8. P 68. AT 36.2. P 70, etwas stärker.

5./I. MT 37.0. AT 36.9. Puls Morgens 72, Abends 70. Die Kranke ist lebhafter.

6./I MT 36.1. P 70. AT 36.4. P 72. Körpergewicht 123 Pfd. Die letzten Ueberbleibsel der Röthe sind verschwunden. Aus dem linken Gehörgang fliesst mehr Eiter heraus.

7./I. MT 36.0. AT 36.9. Appetit gut. Die untere Partie der linken Wange ist wieder geröthet und angeschwollen. Eisbeutel auf die geschwollene Partie.

8./I. MT 36.2. AT 36.9.

9./I. MT 36.5. AT 36.8. Die Infiltration der unteren Partie der linken Wange wird bedeutender. Druck auf diese Stelle verursacht keine Schmerzen.

10./I. Die Körpertemperatur ist immer unter 37.8. Innerhalb der infiltrirten cyanotisch-rothen Stelle, an der Stelle einer der früheren Fisteln, sind einige kleine Abscesse zu sehen. Die Haut ist hinter der linken Ohrmuschel vollständig normal.

13./I. Körpergewicht 126 Pfd.

14./I. Der Ausfluss aus dem Ohrcanal beschränkt sich auf ein unbedeutendes Quantum.

15./I. Einige Stellen in der Gegend des aufsteigenden Kieferastes zeigen Fluctuationsgefühl. Ein Einstich fordert einen Tropfen Blut heraus.

16./I. Herr College A. Żurakowski hat wieder die Güte gehabt die Körnchen aus den oben erwähnten, bis jetzt noch nicht eingestochenen kleinen Hautabscessen sowie den Eiter aus dem linken Gehörgang auf Agar zu überimpfen. Während der ganzen Nacht sammelt sich auf dem Wattebäuschchen im linken Ohr kaum ein kleiner Tropfen Eiter.

17./I. In der Nacht einige flüssige Stühle.

18./I. Wieder einige flüssige Stühle in der Nacht. Bismuthi subnitrici 1.0 Abends.

19./I. Nachts einige flüssige Stühle. Natrii bromati 1.0 Abends.

20./I. Nachts Diarrhoe. Tinct. opii Gtt. X. Abends.

21./I. Keine Diarrhoe. Nach vorne vom unteren Ende der linken Ohrmuschel bildete sich ein kleiner Hautabscess von der Grösse eines Weizenkorns aus.

22./I. Aus dem gestern erwähnten Abscess nach dessen Einstechung habe ich dicken Eiter mit zahlreichen kleinen weisslichen Körnchen gewonnen.

23./I. Die Einstichstelle ist mit einer trockenen Kruste bedeckt.

25./I. Unter der Kruste sammelt sich kein Eiter mehr.

28./I. Hinter dem linken Ohr haben sich zwei kleine Abscesse, den vorigen der Grösse nach gleich, ausgebildet. In dem entleerten Eiter findet sich eine Menge von Körnern von noch nicht gesehener Grösse; einige von ihnen erreichen die Grösse eines Mohnkorns.

31./I. In der Mitte des aufsteigenden Kieferastes sieht man einen runden Schorf von der Grösse eines halben Weizenkorns. Nach Abnehmen desselben zeigt sich eine kleine Quantität Eiter mit vielen Körnchen. 8 von ihnen habe ich auf Glicerinagar überimpft und habe Herrn Collegen A. Żurakowski übersandt.

5./II. Hinter der Ohrmuschel hat sich wieder ein kleiner intracutaner Abscess ausgebildet.

7./II. Unterhalb der Ohrmuschel sieht man wieder 3 kleine Abscesse mit vielen Körnern. Aus dem linken Gehörgang entleert sich kein Eiter. Wir sind wieder zu KJ zurückgekommen, und zwar wählten wir den Weg per anum. Ich habe mich nämlich mehrmals überzeugt, dass KJ manchmal von solchen Kranken auf diese Weise vertragen wird, bei welchen das per os applicirte sofort Schnupfen erzeugt hat. Die Kranke bekam KJ 2.0 pro die.

10./II. Keine Jodvergiftungssymptome. Appetit normal. Körpergewicht 128 Pfd.

11./II. Der Allgemeinzustand gut. Keine Eitersecretion aus dem linken Gehörgang. Durch das enge Speculum sieht man die stark hyperämische injicirte Membrana tympani. Die Kranke hört mit dem linken Ohr weniger, als mit dem rechten. Die Kieferbewegungen sind vollständig frei. Die Schleimhaut des Rachens und der Mundhöhle ist blass. Die Speichelsecretion nicht übermässig stark. Die rechte Wange normal. Die Haut der linken Wange an dem Bezirke, welcher früher von der Actinomykose eingenommen war, ist von normaler Farbe, vielleicht etwas pigmentirt, bräunlich, von normaler Dicke, in der unteren hinteren Partie etwas infiltrirt, überall leicht über der Unterlage verschieblich. Als Ueberbleibsel der früheren Fisteln sind weisse harte 1—2 Mm. breite Streifen zurückgeblieben, die das Aussehen von Narben haben. Die Streifen sind viel enger und kürzer, als die Fisteln, aus welchen sie entstanden sind.

Der Heilungsprocess ist an denjenigen Stellen am weitesten vorgeschritten, an welchen er am frühesten begonnen hat, nämlich die Narben sind schon in Schrumpfung begriffen. Nur in 3 Punkten, nämlich: 2 unter der Ohrmuschel, 1 in der Gegend des Collum Processes condyloidei mandibulae sieht man kleine runde Krusten.

Nachdem ich die Kranke photographirt hatte (Fig. 2.), habe ich der Reihe nach in eine jede gewesene Fistel die Nadel der mit Wasser gefüllten P r a v a z'schen Spritze eingestochen und versucht, die vermuthliche Fistel mit Wasser zu injiciren, was mir aber überall misslang. Ich halte also die weissen Streifen, wie es mir scheint mit Recht, für wahre Narben. Das unter die zuletztgenannte Kruste injicirte Wasser füllte die von ihr ausgehenden weissen Streifen auf der Strecke von 5 Mm. beiderseits. Doch erhielt ich keine Körner aus dieser Stelle.

12./II. 1896. Die Kranke verliess das Spital auf eigenes Verlangen. Sie sollte sich auch zu Hause 2.0 Jodkali per anum täglich einführen.

Nach sechs Wochen besuchte die Kranke wieder das Spital. Am ganzen Bezirke, der früher von uns als geheilt anerkannt wurde, ist kein Eiterherd zu sehen. An den Stellen, welche bei der Entlassung der Kranken aus dem Hospital mit Krusten bedeckt waren, bestehen dieselben noch. Nach ihrer Aufhebung lässt sich kaum etwas Eiter gewinnen, der einige Körnchen enthält. Es erwies sich, dass die Kranke nur so viel Medicin eingenommen hat, bis die ihr im Spital gegebene Portion ausreichte. Als sie aber genöthigt war sich dieselbe für eigenes Geld zu schaffen, konnte sie sich dazu nicht entschliessen. Auf diese Weise hat sie nur die ersten fünf Tage Jodkalium eingenommen, ist also während mehr als 5 Wochen ohne Behandlung geblieben.

Die Notiz, welche mir Herr College A. Żurakowski zu übersenden die Güte hatte, lautet wie folgt: „Nach der üblichen Desinfection der Haut der Wange wurden die aus dem Fisteleiter gewonnenen Körner auf Agar übertragen, wornach die Eprouvetten in den Termostat bei T. 37,° C. eingestellt wurden. Nach einer Woche sah man schon die Körnchen an Umfang zunehmen; sie waren doch immer noch einem Schleimtropfen ähnlich. Erst am Ende der zweiten Woche hat die Oberfläche eines solchen Tropfens ein mehr charakteristisches Aussehen gewonnen, ist weisslich, wie ausgetrocknet geworden und bedeckte sich mit Runzeln. Die Ueberimpfung der Körner gelang jedesmal. Da aber solche Reincultur sogar nach sechs Wochen sehr unbedeutend wuchs, habe ich sie ohne Sauerstoffzutritt zu cultiviren versucht. Der Versuch ist glücklich gelungen, die Cultur begann nämlich üppiger zu wachsen und ist noch jetzt beim Leben erhalten. Es ist noch zu bemerken, dass gleich vom Eiter die Reincultur gewonnen wurde.

Der Versuch, die Cultur aus dem Eiter zu der Zeit zu bekommen, als die Cur sich an ihr Ende näherte, wurde auch von positivem Erfolg begleitet.

Vom Eiter aus dem linken Gehörgang erhielt man nur den Staphylococcus albus und aureus."

Wie gesagt, untersuchte ich die ersten Präparate des Fisteleiters in ungefärbtem Zustande in Glycerin, nachdem sie vorher in 2% Kalilauge abgespült waren. Obwohl ich immer nur ganz frische Präparate zur Untersuchung nahm, enthielten sie absolut nichts, was irgendwelche Aehnlichkeit mit bekannten Actinomycesdrusen verrieth. In Präparaten, welche nach der Van-Gieson'schen Methode gefärbt wurden, ausser sehr zahlreichen weissen, meist polynucleären Blutkörperchen waren hie und da grosse runde Körper zu sehen, die eine starke gelbrothe Farbe annahmen. Es scheint mir, dass dies eben die Körnchen waren, in welchen später die Gram'sche Methode die Actinomycesconvoluten entdeckte.

Das erste nach Gram gefärbte, mit Vesurin nachgefärbte Präparat, gab folgendes Bild.

Unter einer Menge weisser Blutkörperchen zeichnen sich runde, stärker mit Vesuvin sich färbende Gebilde, innerhalb welcher schon unter AA Zeiss Ocular 2 eine feine dunkelblaue Zeichnung wahrnehmbar ist, aus. Unter Immersion $^1/_{12}$ stellt sich heraus, dass wir mit einem dichten Convolut dunkelblau gefärbter Fäden zu thun haben, die zwischen den Eiterkörperchen eingelagert sind. (Fig. 3.) In den dichtesten Stellen des Convoluts kann man kaum die einzelnen Fäden unterscheiden. Dies ist nur am Rande des Convoluts möglich und dort, wo die Fäden wahrscheinlich beim Zerquetschen des Präparates vom Convolut abgerissen wurden.

Die Fäden, homogen gebaut, zeigen oft eine gabelförmige Theilung. Viele haben an ihren Endigungen eine ovale längliche dunkel gefärbte, $1^1/_2$ Mal breitere, als der Faden selbst, Verdickung, die unmittelbar vom Fadenkörper entsteht, ohne von ihm auf irgendwelche Weise abgegrenzt zu sein. Andere Fäden sind an beiden Enden dunkel gefärbt, eiförmig verdickt. Andere wieder bilden lange Ketten, als ob sie auf dem Wege der Gliederung des einzelnen Fadens entstanden wären. Nicht

alle sind gleich intensiv gefärbt. Meist sind die dickeren dünkler. Manche haben in ihrem Ende oder in dem Mittelstück weniger Farbstoff zurückgehalten. Wenige tragen in ihrem unverdickten Ende einen dunklen Punkt.

Dasselbe Bild wiederholt sich auch in anderen Präparaten, welche aus der ersten Periode der Beobachtung stammen. Wir begegnen hier alle Gestalten, von Körnchen angefangen, deren Durchmesser demjenigen der Fäden gleich ist, anderen etwas längeren, bis zu wohl ausgebildeten einzelnen und gabelförmig sich theilenden Fäden mit quer abgeschnittenen unverdickten oder geschwollenen dünkleren Enden.

Bei der Untersuchung des von den Fäden gebildeten Filzes lässt sich absolut keine Regel in seinem Baue auffinden. Das makroskopische Körnchen, zwischen zwei Deckgläschen zerquetscht, ohne dieselben übereinander zu ziehen, eingetrocknet und nach Gram gefärbt, erinnert mit seiner Structur mehr an einen Schwamm, als einen Stern. Denn zwischen den Streifen des Filzes, der dem Chitingerüste des Schwammes analog wäre, sind freie Canäle zu sehen, die wieder den Schwammcanälen entsprechen.

Im Präparate, welches aus dem Eiter den 6./XII. 1895 (Fig. 4) bereitet wurde, fand ich zum ersten Mal eine grössere Quantität der Fäden, die etwas anders, als die bisher beschriebenen, gebildet waren. Nämlich einige, schwach gefärbt, enthalten in ihrem Inneren eine ganze Reihe Körnchen, die verschiedene Grösse und Intensität der Färbung aufweisen. Sie färben sich doch immer intensiver, als wie der Faden, in welchem sie sich befinden. Die anderen Elemente des Präparates waren den früher beschriebenen identisch.

Es wäre noch zu erwähnen, dass aus je späterem Stadium der Beobachtung der zu untersuchende Eiter stammte, desto häufiger begegnete ich bei der Untersuchung die Körnchen enthaltende Fäden, so, dass z. B. im Präparate, welches vom 15./XII. stammt, findet man zahlreiche Conglomerate von Fäden, die gänzlich in Körnchen zerfallen sind, wobei in einem die Fadencontouren obwohl schwach, doch noch zu sehen sind, während in anderen nur die in Rosenkränze gereihten Körnchen ihre Entstehung aus Fäden beweisen.

Den 2./I. 1896 bekam ich zur Untersuchung einen Theil der Reincultur, welche Herr College A. Zurakowski gezüchtet hat. Zu diesem Zweck zerquetschte ich einen kleinen Theil der Cultur zwischen zwei Deckgläschen, zog dieselben von einander ab, trocknete auf der Luft, fixirte durch mehrmaliges Durchziehen durch die Spiritusflamme, färbte in warmem Anilinwassergentianaviolett und im Uebrigen behandelte ich sie nach der Gram'schen Methode. Die Untersuchung der Präparate hat folgendes Resultat ergeben. (Fig. 5 u. 6.)

Als Grundform begegnet man immer einem dichten Filz, welcher von einzelnen Fäden zusammengewebt ist. Die Fäden sind entweder homogen, oder kettenweise gegliedert, oder in kleine runde dunkel gefärbte Körnchen zerfallen; sie sind einfach oder gabelförmig getheilt; mit ovalen Verdickungen an den Enden, oder ohne denselben; sie sind entweder in ihrer ganzen Länge gleich intensiv gefärbt, oder die Endigungen oder die Mitte sind mehr mit Farbstoff gesättigt. Neben sehr langen findet man ganz kurze. Manche tragen in ihrer Mitte eine spindelförmige Verdickung, die mehr den Farbstoff aufnimmt. Zwischen den Fäden sieht man zahlreiche Körnchen, die entweder in Rosenkränze gereiht sind, oder ohne irgendwelche Anordnung in Haufen oder zerstreut liegen. Man findet auch ovale Bruchstücke, die mit den oben beschriebenen Verdickungen der Fäden ganz identisch zu sein scheinen, die jedoch ohne Zusammenhang mit den Fäden frei liegen. Endlich habe ich dreimal in Trauben zusammengehäufte runde Gebilde gefunden, die weniger intensiv gefärbt und grösser sind, als die bisher beschriebenen mikroskopischen Körnchen, viel kleiner aber, als die beschriebenen ovalen Gebilde.

Was die Entstehung der Körnchen aus den Fäden anbelangt, so ist man kaum im Stande zu bestimmen, in welchem Theile des Fadens die Körnchen hauptsächlich gebildet werden. Man findet die Körnchen ebenso häufig in kurzen, wie in langen Fäden; in einem Theile der letzteren, oder in ihrer ganzen Länge, sowohl im Fadenleibe, wie in ihren Verdickungen.

Die meisten Fäden zerfallen in eine einfache Reihe von Körnchen. Es gibt aber auch solche, nach welchem allem Anscheine nach eine doppelte Reihe von Körnchen zurückbleibt.

Innerhalb anderer wieder finden wir die Körnchen nach einer wellenartigen Linie gelagert, wie Kugeln in einer etwas zu breiten Rinne. Am seltensten sind solche, in welchen auf ein stärker gefärbtes Glied immer ein ganz blasses folgt.

Wenn wir dieses Bild mit demjenigen vergleichen, welches uns die Untersuchung des Eiters ergab, so sehen wir, dass die Elemente in beiden Fällen dieselben sind. Der einzige Unterschied besteht darin, dass in der Reincultur eine viel grössere Anzahl der Fäden in Körnchen zerfallen ist.

Der Vollständigkeit wegen sei hier noch erwähnt, dass weder in der Reincultur, noch im Präparate vom Eiter irgendwelche andere Mikroorganismen gefunden wurden. Die oft wiederholte Untersuchung des Eiters, welcher aus dem linken Ohr floss, ergab kein einziges Mal Actinomyceselemente. Das zuletzt erwähnte Eiter enthielt kleine und grosse Coccen, zuweilen in Ketten, meistens aber zu zwei oder in Haufen gelagert.

Dasselbe Resultat ergab die Untersuchung des Eiters, welcher aus dem Abscesse des Oberlides stammte.

Da die Kranke sich entschieden vor einer Excision eines Stückchens der erkrankten Haut weigerte, so konnte der Fall histologisch nicht untersucht werden.

Nach dem oben gesagten braucht nicht mehr bewiesen zu werden, dass wir mit einer Mykose zu thun gehabt haben, die eine chronische Eiterung in der Haut hervorgerufen hat.

Das stete Auffinden im Eiter der Pilzelemente, welche denjenigen des Actinomyces vollständig gleichen [1]) und mit anderen Eiterung hervorrufenden Pilzen morphologisch nichts gemeinsames haben, hat mir genug Grund gegeben, mit Recht Actinomykosis zu diagnosticiren.

Es ist wahr, dass wir kein einziges Mal den so charakteristischen Bestandtheil des Actinomycespilzes — die Kolben — auffinden konnten, obwohl wir sehr viele Präparate in frischem Zustande untersuchten. Doch wird der Umstand kaum gegen die Diagnose sprechen angesichts der Meinung Boström's, die immer mehr Anhänger gewinnt, dass die Kolben nur ein

[1]) Birch-Hirschfeld. Real-Encyklopädie. 1891. Bd. I p. 227.

Degenerationsproduct des Actinomycespilzes sind und in Folge dessen seinen am mindesten wichtigen Antheil bilden.

Noch weniger könnte die dicke Consistenz des Eiters, die vor nicht langer Zeit als der Actinomykose widersprechend galt, die Diagnose erschüttern, da sie doch bereits in vielen citirten Fällen reiner Actinomykose beobachtet wurde.

Es bliebe noch die Möglichkeit, dass wir es mit einem Fall von Pseudoactinomykose zu thun hatten ähnlich denjenigen, welche Hesse, Rosenbach, Rabe und Andere beschrieben haben. Doch da der von uns in gegebenem Falle gefundene Pilz alle wesentlichen Characteristica des Actinomyces besitzt, finde ich keinen Grund an andere Parasiten zu denken.

So möchte ich also die Diagnose der Actinomykose in gegebenem Falle als sicher bewiesen ansehen.

Es lässt sich nicht dasselbe über die Complication sagen, welche den 25./XII. sich dazugesellt hat. Für die Diagnose „Erysipelas" möchten folgende Gründe sprechen: der einzige starke Schüttelfrost, die Spannung und Schmerzhaftigkeit der erkrankten Haut, die scharfe Abgrenzung derselben von gesunden Partien. Endlich fehlte es auch nicht an Gelegenheit zur Infection.

Denn auf das nächststehende Bett wurde eine aus der Stadt ankommende Kranke mit Ulcus cruris installirt, bei welcher an demselben Abend ein starker Schüttelfrost ein typisches Erysipelas einleitete, dem auch sehr hohe Temperatur nicht fehlte. Und obgleich die letzte Kranke sofort separirt und der Platz nach ihr desinficirt wurde, so war doch die Zeit, während welcher die Kranken nebeneinander lagen, ausreichend, um das Erysipel auf unsere Kranke zu übertragen.

Was aber gegen die Diagnose „Erysipelas" sprechen möchte und eher an eine Phlegmone denken liesse, das ist die niedrige Temperatur, welche nur zweimal 39.6 C. gelang und sonst in normalen Grenzen sich hielt.

Auf die Frage, durch welche Pforte der Parasit in den Organismus eingedrungen ist, lässt sich kaum eine ausreichende Antwort geben. Der häufigste Weg, d. h. durch einen cariösen Zahn, lässt sich hier nicht ausschliessen, da alle Zähne ca-

riös sind. Es blieb jedoch keine Spur z. B. in Form eines narbigen Stranges, welcher die erkrankte Hautpartie mit dem Perioste des Kiefers verbinde, zurück. Die Kranke kann sich auch nicht erinnern, dass jemals die Gegend eines Zahnes geschwollen und schmerzhaft gewesen wäre. Sie betont im Gegentheil mit Bestimmtheit, dass die Krankheit ganz oberflächlich in der Mitte der Wange begann.

Der Sitz des Parasites ist ausschliesslich in der Haut gewesen, denn obwohl die Infiltration auch die tiefer liegenden Gewebe einnahm, so verliefen doch die Fisteln ausschliesslich in der Haut und während der ganzen Beobachtung konnte man keine Eiterung oder Fluctuation in tieferen Geweben bemerken. Das möchte uns vielleicht gewissermassen berechtigen, eine Infection durch die Haut zu vermuthen. Doch obwohl ähnliche Fälle wohl bekannt sind,[1]) es fehlt uns die absolute Sicherheit, um unseren Fall zu derselben Kategorie einzureihen. Wir beschränken uns also, unseren Fall als Hautactinomykose zu bezeichnen, indem wir damit nur die Localisation des Processes meinen.

Bei der Application des JK hatten wir zwei Wege zur Einführung des Medicamentes zu wählen. Nämlich entweder durch den Verdauungscanal, oder mittelst Injectionen. (Die Applicationsweise, welche Gautier mit Erfolg anwand und welche darin besteht, dass das injicirte KJ mittelst Elektrolyse zerspaltet wird, war in unseren Verhältnissen zu umständlich.) Wir liessen bei Seite die Injectionen, und zwar aus folgenden Gründen.

Rydygier injicirte in die Substanz des Tumors. Wir haben aber vor uns keinen Tumor gehabt. Die Flüssigkeit, welche wir in die Fisteln injicirt haben, floss sofort durch zahlreiche Oeffnungen hinaus; nicht einmal der Eiter wurde dadurch ausgespült. Es war keine Möglichkeit vorhanden, das Jodkalium in den Fisteln zurückzuhalten. Häufig wiederholte Injectionen unter die Gesichtshaut könnte unangenehme Complicationen hervorrufen. Aus diesem Grunde wendeten wir uns zu erster Applicationsweise.

---

[1]) Leser. Centralbl. f. Chir. 1889. Nr. 29. Choux l. c. p. 573 u. 585.

Als wir bemerkten, dass je grössere Dosis applicirt wurde, desto schneller der Heilungsprocess verlief, steigerten wir immer die Dosis.

Die Beobachtung des Verlaufes in unserem Falle lässt sich in Folgendem resumiren:

Die mehr als seit 8 Monaten an Actinomykose leidende Frau, so wie unbehandelt, kommt ins Spital ohne irgendwelche Spuren der spontanen Heilung. Nach 16 Inunctionen und 16.0 KJ (1.0 pro die) lässt sich einige Besserung bemerken. Nämlich die Hyperämie und Infiltration der Wange werden geringer, die Kaubewegungen gewinnen etwas an Ausdehnung und die peripheren Fisteltheile verlieren ihren eitrigen Inhalt.

Dann während 31 Tage (mit 5tägiger Pause) nimmt die Kranke KJ ein in Dosen von 4.0 bis 14.0 pro die. Während dieser Zeit verschwinden die Infiltration der Wange und der Trismus vollständig. An der Stelle früherer Fisteln entstehen Narben. In drei Stellen vor und unter der linken Ohrmuschel die Reste der Fisteln lassen sich noch in einer Ausdehnung von 1 Cm. mit Flüssigkeit füllen, doch ist jede sichtbare Eiterung in ihnen erloschen. Es bleibt noch ein einziger kleiner Eiterherd hinter der Ohrmuschel.

Als Folge der Invasion durch den linken Gehörgang der eitererregenden Mikroorganismen wird wieder die Wange in acuter Weise hyperämisch und infiltrirt. Es bilden sich Abscesse, aber nicht an den Stellen, welche wir als geheilt ansahen. Der Eiter enthält keine Elemente des Actinomyces. Nur in drei Punkten um die untere Partie der linken Ohrmuschel, wo nicht vollständig geheilte Ueberreste der Fisteln zurückgeblieben sind, kommt unter dem Einflusse der durch die Complication verursachten Hyperämie zu Eiterung und dieser Eiter enthält Actinomyceselemente.

Als die Complication vorbei war, bekommt die Kranke wieder das Jodkalium 2.0 pro die per anum während sechs Tagen, wornach trotz unseres Rathes sie das Spital mit drei Punkten, die mit kleinen Krusten bedeckt sind, verlässt.

Zu Hause nimmt sie nur fünf Tage lang das KJ ein, die übrigen fünf Wochen bleibt sie ohne Behandlung. Kommt dann

wieder ins Spital zurück ohne Recidiv in geheilten Stellen. Nur dieselben drei Krusten, die auch beim Verlassen des Spitals an denselben Stellen sichtbar waren, beweisen, dass der krankhafte Process an dieser Stelle noch nicht erloschen ist.

Wenn wir nun fragen, welche die Ursache einer so bedeutenden Besserung während unserer Beobachtungszeit war, so können wir vor allem meiner Ansicht nach die Inunctionen bei Seite legen. Ihre geringe Zahl und der bis jetzt meines Wissens nicht beobachtete Einfluss derselben auf den Verlauf der Actinomykose lässt ihren Einfluss mindestens bezweifeln. Die locale Behandlung der erkrankten Stelle mit grauem Pflaster, der während erster 16 Tage applicirt wurde, konnte ohne Zweifel einen gewissen positiven Einfluss auf die Heilung ausüben. Staub[1]) hat die Gelegenheit gehabt, einen wohlthuenden Einfluss der Ichthyol-, Chrysarobin- und Resorcinpflaster in zwei Fällen zu constatiren, worunter in einem die chirurgische Behandlung fehlschlug. Es ist wahr, dass in dem ersten Falle Staub gleichzeitig auch KJ applicirte, welches vielleicht mehr die Heilung bewirke, als der Pflaster, obwohl Staub die entgegengesetzte Meinung ausspricht. Doch im zweiten Falle der positive Erfolg, besonders in älteren Herden, war auch ohne Jodkaliumgebrauch zu constatiren.

Deswegen geben wir zu, dass der graue Pflaster auch in unserem Falle einen gewissen Antheil am Heilungsprocess genommen hat. Doch erstreckt sich wahrscheinlich seine Wirkung nicht über seine Anwendungszeit hinaus.

Was absolut ohne heilenden Einfluss auf die Actinomykose geblieben ist, das ist die Complication, welche innerhalb der Beobachtung eingetreten ist. Im Gegentheil, wahrscheinlich in Folge der acuten Hyperämie, die Infiltration um den Winkel des Unterkiefers plötzlich steigerte und so zeigte sich wieder Eiterung in diesen Stellen, welche keinen Eiter mehr führten.

Der wohlthuende Einfluss des KJ scheint hier ausser jedem Zweifel zu stehen. Es tödtete nicht den Actinomycespilz ab, was leicht verständlich ist, wenn man die Resistenz-

---

[1]) Therapeutische Monatshefte. 1894. Nr. 10 p. 499.

kraft des Parasites berücksichtigt. Es gedeiht ja die Actinomycescultur auf Gelatine, welcher grössere Quantitäten KJ zugesetzt wurden, wie es die Versuche des Prof. d'Alfort beweisen.[1]) Uebrigens die gelungenen Culturen vor und zu Ende der Behandlung beweisen genug, dass der Pilz seine vitale Kraft nicht eingebüsst hat. Ob seine Lebensfähigkeit mindestens theilweise abgeschwächt war, lässt sich bei der Schwierigkeit, mit welcher er sich künstlich cultiviren lässt, kaum beweisen. Wenn wir aber im Auge behalten, dass die grosse Mehrzahl der Eiterherde definitiv geheilt wurde, und dass die consecutiven Krankheitserscheinungen, wie Hyperämie, Infiltration und Eiterung verschwunden sind, so ist es schwer, die Vermuthung abzulehnen, dass doch die Anwesenheit des JK im Organismus ein weniger geeignetes Nährmaterial für den Actinomycespilz gebildet hat.

Uebrigens kann doch die Frage, auf welche Weise das Jodkalium auf den Actinomyces wirkt, nicht im mindesten die klinische Erfahrung erschüttern. Denn es wäre uns gleichgiltig, ob Actinomyces durch Kalium jodatum abgetödtet wird, oder nicht, wenn wir nur wissen, dass er auf die Dauer seine Folgen aufhebt. Wir handeln ja nicht anders bei der Behandlung der Lues tarda, obwohl wir nicht wissen, ob und unter welchen Bedingungen das KJ die vermeintlichen Syphilisbacillen zu vernichten im Stande ist. Doch wenden wir es an, weil es die Symptome beseitigt.

Was die Dosirung anbelangt, so ist es sehr wahrscheinlich, dass auch kleinere Gaben ausreichen möchten und würden weniger gefährlich sein. Denn, obwohl wir noch weit von der Maximaldosis entfernt waren, die gegen andere Hautleiden, wie z. B. Psoriasis, anempfohlen wurden. ist doch fast sicher, dass die zu hohen Jodkaliumdosen in gegebenem Falle eine starke Reizung und Steigerung der Secretion der Nasenschleimhaut und in der bereits nicht vollständig gesunden linken Tube Eustachii herbeigeführt haben und den Einbruch der eitererregenden Bakterien erleichterten. Vielleicht konnte man es vermeiden, wenn wir das Jodkalium vom Anfange gleich per rectum eingeführt hätten.

---

[1]) Choux l. c.

Zum Schluss möchte ich folgende Sätze hervorheben, die in unserer Beobachtung ihre Bestätigung finden. Nämlich:

1. Bei reiner Infection mit dem Actinomycespilze ohne Theilnahme der gewöhnlichen eitererregenden Bakterien ist der Eiter, welcher dabei secernirt wird, nicht immer dünnflüssiger Consistenz.

2. Der Actinomycespilz ist im Stande allein, ohne Beimischung der gewöhnlichen eitererregenden Mikroorganismen, Eiterung hervorzurufen.

3. Die Einwanderung der gewöhnlichen eitererregenden Mikroorganismen in die Herde der Actinomykose tödtet nicht den Pilz derselben ab; im Gegentheil, es können Bedingungen durch dieselben hervorgerufen werden, welche die Entwicklung des Actinomycespilzes begünstigen (mindestens, wenn die Körpertemperatur dabei nicht erhöht bleibt).

4. Die mikroskopische Untersuchung mittelst Methoden, nach welchen der Actinomycespilz nicht gefärbt wird, kann in manchen Fällen der Actinomykose unzureichend sein.

5. In Fällen, in welchen die Diagnose zwischen Actinomykose und Syphilis tarda schwankt, ist es unzulässig, die Diagnose ex juvantibus zu stellen, besonders, wenn KJ zur Behandlung gebraucht wurde.

6. Angesichts der wachsenden Zahl der Fälle, in welchen das JK entweder definitive Heilung oder bedeutende Besserung verursachte, wäre zweckmässig, in jedem Falle von Actinomykose mit dieser Behandlungsmethode zu beginnen.

Zum Schluss sei mir gestattet, meinem hochverehrten Chef, Herrn Med. Dr. K. v. Watraszewski, für die freundliche Anvertrauung des Falles, Herrn Collegen A. Żurakowski für die bereitwillige Uebernahme des bakteriologischen Theiles und dem Studenten der philosophischen Facultät, Herrn K. Kujawski, für die Ausführung mikroskopischer Photographien meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel IV u. V.

Fig. 1. Nach der Photographie, die den 8. Nov. 1895, das heisst im Beginne der Behandlung, aufgenommen wurde.

Fig. 2. Nach der Photographie, die den 11. Feber 1896, d. h. am Tage der Entlassung der Kranken aus dem Spital, aufgenommen wurde.

Fig. 3. Photographie des Filzes, welchen der Actinomycespilz im Eiter bildet. Der Eiter wurde den 8. Nov. 1895 aus der Fistel genommen. Vergrösserung 1 : 1000.

Fig. 4. Die Photographie des Präparates des Eiters vom 6. Dec. 1895. Vergrösserung 1 : 500.

Fig. 5. und 6. Photographien der Reincultur. Vergröss. 1 : 1000 und 1 : 500.

Aus der dermatologischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M.

Ueber Impetigo contagiosa vegetans, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Protoplasmas der Epithelzellen.

Von

Dr. **Karl Herxheimer**,
Oberarzt.

(Hierzu Taf. VI.)

Einleitende Notizen.

Die Wucherungen der Haut nach Blasen resp. Pustelerkrankungen derselben sind erst in neuerer Zeit gewürdigt worden. Erst im Jahre 1876 wurden bei Pemphigus von J. Neumann, später bei Impetigo herpetiformis von Du Mesnil Wucherungen im Anschluss an Blasen resp. Pusteln beschrieben, während sie nach pustulöser Syphilis schon früher bekannt waren. Ferner sind Wucherungen als Complication der Duhring'schen Dermatitis herpetiformis von Hallopeau und Monod (Annales de Dermat. et de Syph. 1895), sowie bei einer Pustelerkrankung, die von den Autoren „Dermatite pustuleuse chronique et végétante en foyers à progression excentrique" genannt wird, von Hallopeau und Damany erwähnt worden (Annales de Dermat. et de Syph. 1895, p. 16). Auch nach Blasen, welche durch den Gebrauch des Jodkaliums hervorgerufen waren, haben Hallopeau (Annal. de Dermat. et de Syph. 1888, Nr. 5), Trafesnikow (Ref. Monatsh. für

[1]) Vortrag, gehalten auf der 68. Naturforscher- u. Aerzteversamml. zu Frankfurt a. M. Sept. 1896.

prakt. Derm. Bd. XVI, Nr. 12) u. A. derartige Vegetationen beobachtet, wie solche nach Acne pustulosa, die durch Bromoform hervorgerufen war, von J. Müller gesehen wurden (Monatsh. für prakt. Derm. Bd. XX, Nr. 8). Nach Bromkalium konnte Elliot bei Kindern fungöse Wucherungen, denen Pusteln vorausgegangen waren, constatiren (Journal of cutan. and gen. urin. diseases, März 1895). J. Neumann beschreibt das Auftreten drüsiger Wucherungen nach Variola (Arch. für Dermat. u. Syph. XXXVI. Bd., p. 232). Nach pustulösen Folliculitiden habe ich selbst in zwei Fällen pilzförmige Wucherungen aufschiessen sehen. Endlich pflegen sich, wie bereits erwähnt, die Framboesien der Frühsyphilis mit Vorliebe der Pustelerkrankung anzuschliessen, wie auch Kaposi und Lang in ihren Lehrbüchern betonen.

Das Hinzugesellen von Wucherungen bei der vorerwähnten Reihe verschiedenartigster Blasen- resp. Pustelerkrankungen der Haut lehrt, dass diese kein specifisches Moment einer Krankheit ausmachen können. Einige Autoren, darunter A. Neisser, halten sich für berechtigt, den wuchernden Pemphigus als eine besondere Erkrankungsform anzusehen, während andere, z. B. Kaposi, die Vegetationen nur als Complication der primären Blasenerkrankung gelten lassen. Ich war für diese letztere Auffassung eingetreten. Dafür spricht, dass weder das klinische Verhalten noch die histologischen Befunde der Wucherungen der Haut und Schleimhaut eine Berechtigung verleihen, den vegetirenden Pemphigus als eine besondere Krankheit anzusehen. Eine Ausnahme hievon machte bislang die ungünstige Prognose. Allein darüber sind bei dem verhältnissmässig geringen vorliegenden Material unsere Erfahrungen gewiss noch nicht zum Abschluss gelangt. So hat denn auch einer der erfahrensten Autoren, Kaposi, thatsächlich schon Heilungen beobachtet. Bei allen übrigen oben erwähnten Krankheiten scheinen die complicirenden Wucherungen die Prognose überhaupt nicht oder nicht erheblich zu verschlechtern.

Es ist aber nicht nur die Blase oder die Pustel, auf deren Basis sich die Wucherungen erheben, sondern auch Excoriationen der Haut oder excoriirte Papeln können die Unterlage abgeben.[1]) Die Epidermis muss eben durch einen Krank-

heitsprocess geschwächt, widerstandslos gemacht sein, wie ich dies an anderer Stelle an der Hand anatomischer Thatsachen ausgeführt habe (Ueber Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen über die Natur der Langerhans'schen Zellen, Archiv für Dermat. u. Syph. 1896).

Klinischer Befund.

In den folgenden Zeilen werde ich darthun, dass auch bei der Impetigo contagiosa Vegetationen sich einstellen können und so für meine obige Behauptung der Nichtspecifität derselben eine weitere Stütze beibringen. Ein solches Vorkommniss scheint bis jetzt nicht bekannt zu sein, wenigstens habe ich in der Literatur darüber nur eine kurze Mittheilung finden können. Dieselbe wurde in der Berliner dermatologischen Vereinigung von Isaac gemacht (Deutsche Medicinalzeitung 1896, Nr. 9). Dieser stellte, wie es in dem kurzen Bericht heisst, ein junges Mädchen vor, bei dem sich innerhalb 14 Tage im Gesicht warzige, theilweise nässende, theilweise hellgefärbte borkenbildende Efflorescenzen gebildet hatten. I. schloss aus der Thatsache, dass die Ablösung der Borken zu keiner Blutung Veranlassung gab und aus der Wirkungslosigkeit der antisyphilitischen Therapie, dass es sich um eine seltene Form von Impetigo contagiosa handle. Da der Bericht nichts weiter enthält, als diese lakonische Beschreibung, so bin ich nicht in der Lage zu beurtheilen, ob sich der Fall Isaac's mit den meinigen deckt. Jedenfalls scheint Isaac das Hervorgehen der warzigen Bildungen aus Blasen nicht beobachtet zu haben. Verschiedene anwesende Collegen haben denn auch in der Discussion hervorgehoben, dass es sich nur um eine luetische Framboesie handeln könne, wobei der therapeutische Misserfolg ohne Bedeutung für die Diagnose sei.[2])

[1]) Somit sind die ersteren nicht principiell von den hypertrophischen syphilitischen Papeln oder dem Bromoderem zu scheiden, sondern stellen nur einen gesteigerten Process dar. Derartige hypertrophische Papeln sind auch neuerdings wiederum von Fournier nach Herpes progenitalis beschrieben worden. (Eméry. Gazette méd. de Paris. 1896. Nr. 14.)

[2]) Bei der Discussion über meinen Vortrag bemerkte Behrend, dass er schon mehrfach schwammige Wucherungen bei Impetigo contagiosa beobachtet habe.

Um Irrthümer zu vermeiden, sei darauf hingewiesen, dass die gleich zu beschreibende Affection mit der von Unna aufgestellten Impetigo protuberans (Histopathologie der Hautkrankheiten, Berlin, A. Hirschwald, 1896) nichts zu thun hat, einer Erkrankung, unter der Unna nur eine besondere Form von Blasen, nicht Wucherungen verstanden wissen will.

Es handelt sich um 3 Fälle meiner Beobachtung, von denen einer im Hospital sich befand, die beiden anderen sich in der Sprechstunde vorstellten.

Fall I. A., Verkäuferin, 21 Jahre alt, aufgenommen auf die dermatol. Abtheilung am 27. Juni 1895, entlassen am 10. Juli 1895. Die allgemeine Anamnese und der allgemeine Status sind von keinem besonderen Interesse für unser Thema und können somit übergangen werden.

Ende Mai entstanden zuerst am Kinn, dann am Ohr, dann am Arm kleine „Pocken"; dieselben wurden grösser und öffneten sich dann, worauf sie sich mit einer Kruste bedeckten. Es bestand kein Fieber oder sonstiges Unwohlsein. Da die „Pocken" nicht heilen wollten, so entschloss sich P., in das Spital zu gehen.

Bei der Aufnahme wurde folgender Befund festgestellt: In der Kinngegend, am linken Mundwinkel, am linken Oberläppchen, sowie auf der Beuge- und Streckseite beider Arme befinden sich getrennt stehende, von rothem Hofe umgebene, flache Krustenauflagerungen von rundlicher Form. Ihre Grösse ist sehr verschieden; die grössten, etwa markstückgrossen, befinden sich am Kinn. Die umgebende Haut ist leicht schuppend. Die regionären Drüsen sind nicht miterkrankt.

Diagnose: Impetigo contagiosa. Die Affection wurde mit Zinkpaste verbunden, welche Behandlung nach 3 Tagen dem Bleivaselinverband im Gesicht Platz machte, während die erkrankten Stellen am Arm weiter mit Zinkpaste behandelt wurden. Am 2. Juli 1895 traten am Kinn nach völliger Entfernung der Krusten auf den erkrankten Stellen eigenthümliche Wucherungen von etwa $1/2$ Cm. Höhe hervor, die ein mattrothes Aussehen besitzen und dieselbe Ausdehnung und Form haben, wie vorher die Krusten. Die Consistenz ist eine weiche. Sie sind nicht mit Borken bedeckt, sondern anscheinend mit intacter Epidermis überzogen, haben aber eine unregelmässige Oberfläche. Zur Maceration derselben wird ein Verband mit fünfpercentigem Salicylvaselin gemacht, der jedoch wegen Reizung nach zwei Tagen entfernt und durch Zinkpaste ersetzt wird.

Am 5. Juli 1895 sind an Stelle der Krusten überall gewucherte Efflorescenzen aufgetreten, welche die gleichen Eigenschaften zeigen, wie die beschriebenen. Zur mikroskopischen Untersuchung wird eine Stelle am Arm excidirt und in Alkohol gehärtet. Sämmtliche Wucherungen werden mit Hg-Pflastermull bedeckt.

10. Juli 1896 Framboesien geheilt. Patientin wird daher entlassen. Etwa gleichzeitig mit diesem Falle beobachtete ich die beiden anderen.

Fall II. S., 16jähriges Dienstmädchen.

Auf der Oberlippe, am Introitus narium, auf der Nasenspitze und der rechten Wange mehrere Blasen von Linsen- bis Pfenniggrösse. Daneben flache Krusten auf runden oder querovalen, scharf umschriebenen Excoriationen. Ordination: Zinkpaste.

Nach 8 Tagen an Stelle der Blasen und Krusten Wucherungen, deren Oberfläche mit vereinzelten Pustelchen versehen waren, sonst aber für das blosse Auge eine normale Oberhaut darboten. Eine derartige Wucherung befand sich nun auch am linken unteren Augenlid an der Conjunctivalgrenze in der Grösse einer Erbse. Die Pustelchen platzten bald und hinterliessen speckig belegte kraterförmige Excoriationen. Durch fortgesetzte Zinkpastenbehandlung flachten die Wucherungen nach drei Wochen bedeutend ab, P. bekam jedoch vor der völligen Heilung eine Bronchitis, derenthalben sie ein Hospital aufsuchte. Ueber den Weiterverlauf bin ich nicht unterrichtet.

Fall III. P., 22jähr. Tapezierer.

Seit $1\frac{1}{2}$ Monaten mitten auf der Haut der rechten Wange eine fungöse kreisrunde Wucherung in der Grösse eines Markstückes. Die Oberfläche derselben ist erodirt, speckig belegt. Einige Barthaare sind in die Wucherung einbezogen, sie stecken fest darin. Oberhalb derselben auf der Haut über dem Jochbogen eine kleinere von denselben Eigenschaften. P. gibt spontan an, dass die Wucherungen nach Blasen aufgetreten seien, welche letzteren gleichzeitig ein anderer mit ihm arbeitender Tapezierergeselle gehabt habe. Er entzieht sich der Behandlung.

In den beiden ersteren Fällen war die Diagnose Impetigo contagiosa unschwer zu stellen: Die Art der flachen Borken wie ihre Localisation schlossen andere Erkrankungen mit Sicherheit aus. Zudem ist die contagiöse Impetigo in Frankfurt a/M. seit einer Reihe von Jahren endemisch und so häufig, dass ich fast täglich Fälle davon zu Gesicht bekomme. Unter meinen Augen sind nun die Wucherungen bei diesen beiden Patienten genau an den Stellen der früheren Blasen, und zwar an sämmtlichen entstanden, so dass ich in der Lage bin, mit Sicherheit dieselben mit der Blasenerkrankung in Zusammenhang zu bringen. Anders liegt die Sache in dem dritten Falle. Hier fanden sich zwei Wucherungen vor, deren Entstehen auf dem Boden von früheren Blasen nur durch die Anamnese erwiesen werden konnte.

Nach der Erfahrung, die ich durch diese 3 Fälle gewinnen konnte, scheint es mir unmöglich, die Wucherungen an und für sich als zur Impetigo contagiosa gehörig zu diagnosticiren. Was die Ausdehnung derselben anlangt, so war dieselbe eine verschiedene, je nachdem die Ausdehnung der Blasen gewesen war, deren Fläche in den beiden ersten Fällen ganz von den Vegetationen eingenommen wurde. Ebenso richtete sich ihre

Form nach derjenigen der primären Blasen. Das Aussehen erinnerte im I. Falle an eine syphilitische Framboesie, während dieser Eindruck im II. Falle durch das Hinzukommen der Pusteln nicht hervorgerufen wurde. Im III. Falle handelte es sich um pilzförmige Wucherungen, deren Centrum gegenüber den wallartigen Rändern vertieft war.

Eine differential diagnostische Bedeutung gegenüber den Pemphigusvegetationen darf nicht etwa aus dem Umstand hergeleitet werden, dass die Wucherungen nicht nässten, sondern von fester Epidermis überzogen waren. Wie ich in der Arbeit: Ueber Pemphigus vegetans etc. (l. c.) betont habe, kommen auch hier nicht nässende Wucherungen vor. Es entscheidet dabei lediglich der Grad der ödematösen Durchtränkung der Oberhaut. Da dieses Oedem nun, wie wir sehen werden, bei der Impetigo contagiosa unbedeutender ist, so ist das Fehlen des Nässens leicht verständlich.

Ein anderes Moment, das hier mit mehr Berechtigung herangezogen werden dürfte, wäre der Blasensaum, resp. die die Pemphiguswucherung umgebende progredirende Erosion. Wenn auch diese, wie aus dem weiter unten anzuführenden Auszug einer Pemphiguskrankengeschichte, sowie aus einem von mir früher mitgetheilten Falle von vegetirendem Pemphigus (Fall II l. c.) hervorgeht, bei dieser Krankheit fehlen kann, so dürfte ihr Vorhandensein doch die Regel bilden.

Bei der Unterscheidung gegenüber den syphilitischen Framboesien fehlt dieses Moment. Jedoch hier wie bei den anderen erwähnten Wucherungen dürfte gewöhnlich die Localisation sowie die Thatsache ausschlaggebend sein, dass noch andere leicht zu erkennende Zeichen der Grundkrankheit vorhanden sind, während in den drei von mir beobachteten Fällen von Wucherungen nach Impetigo contagiosa *sich die letzteren auf allen Stellen der Grundaffection fast gleichzeitig bildeten.*

Die Prognose ist, wie es scheint, eine günstige. Eine völlige Abheilung, die in relativ kurzer Zeit erfolgte, wartete allerdings nur die klinisch behandelte Patientin ab. Doch zeigte sich auch bei dem ambulant behandelten Mädchen schon nach 3 Wochen eine derartige Abflachung der Framboesien, dass

ihre völlige Heilung bald zu erwarten war. Ueber Recidive kann ich nichts berichten.

Die Therapie ergibt sich aus den mitgetheilten Krankengeschichten. Danach ist die systematische Anwendung von Hg-Pflaster zu empfehlen. Eine ähnlich günstige Wirkung hatte in dem zweiten Falle die Zinkpaste. Ob, wie bei der Grundkrankheit, die verschiedensten indifferenten Mittel zum Ziele führen, muss weitere Erfahrung lehren.

Histologisches.[1])

Die krankhaften Veränderungen des Corium in den Hautwucherungen sind, wenigstens in den tieferen Schichten desselben, nicht sehr hochgradige. Das Bindegewebe verhält sich ganz ähnlich wie bei den Wucherungen des Pemphigus, d. h. die Veränderungen betreffen vorwiegend die subpapillare Zone und die Papillen. Dementsprechend finden sich nur vereinzelte Rundzellenhaufen, durchsetzt mit Mastzellen, in der Pars reticularis, wovon die meisten die Blutgefässe begleiten, einzelne um die Haarbälge herum localisirt sind, einige sich auch in der Nähe der Knäueldrüsen finden. Die Gefässe zeigen meist in dieser Zone eine mässige Erweiterung ihres Lumens. Diese Veränderungen nehmen nicht nur von unten nach oben, sondern auch von der Peripherie der Wucherungen nach deren Centrum zu. Letzteres ist besonders in den höheren Schichten des Coriums der Fall, so dass an der Peripherie der Wucherungen z. B. nur vereinzelte Papillen rundzellig infiltrirt sind, im Centrum

---

[1]) Bei dieser Gelegenheit möchte ich eine technische Notiz anfügen, die sich auf die Aufbewahrung der zum Färben fertigen Schnitte bezieht. Man kommt bisweilen, wenn man eine grössere Zahl von Schnitten angefertigt hat, und die Zeit zur Weiterbehandlung derselben mangelt, in Verlegenheit, da längeres Verweilen der Schnitte in Alcohol die Tinctionsfähigkeit beeinträchtigt und der Alcohol aus den gewöhnlich benutzten Glasschälchen verdunstet. Infolge dessen habe ich ein Gemisch von einem Theil gelöstem mitteldicken Celloidin und 10 Theilen Alcohol hergestellt, in welchem ich die Schnitte bis zu 8 Monaten aufheben konnte, ohne dass sie ihr Färbungsvermögen einbüssten. Dieses Gemisch blieb in der Regel lange Zeit unverändert, so dass es Wochen lang nicht erneuert zu werden brauchte. Nur im Hochsommer musste das Schälchen hermetisch verschlossen werden, weil sonst das Gemisch austrocknete.

alle. Eben daselbst findet man auch hochgradige Processe in der Pars subpapillaris, die vollständig von kleinen Rundzellenhaufen nebst unzähligen Mastzellen durchsetzt ist. Hier findet sich analog dem Pemphigus vegetans die stärkste Erweiterung der Gefässlumina, die allerdings in den nach dem Centrum zu stark verlängerten Papillen abzunehmen scheint und bei weitem nicht so hochgradig ist wie bei dem Pemphigus. Ferner ist hier besonders ausgeprägt eine Endo- und Perivasculitis. Die Processe ersterer Art scheinen hauptsächlich die Intima, aber auch die Adventitia befallen zu haben. An einzelnen Gefässen ist eine vollkommene Obliteration wahrzunehmen. Die etwas tiefer gelegenen glatten Hautmuskeln sind umgrenzt von Rundzellenhaufen. Oedem ist weder in diesen Schichten, noch in den tieferen, noch in den Anhangsgebilden der Oberhaut vorhanden.

Den geschilderten Verhältnissen entspricht das Verhalten des elastischen Gewebes, welches mit Orcein sowohl als mit Hämatoxylin-Eisenchlorid dargestellt wurde. Es ist in der reticulären Zone ein normales, während die elastischen Fasern in der Gegend der ausgedehnten Infiltrate spärlicher werden. Immerhin ist das subepitheliale Netz deutlich vorhanden. Eine Veränderung an den Fasern selbst war nicht nachzuweisen.

Einen überraschenden Anblick gewährt die Epidermis. Dieselbe ist an den Stellen der stärksten Wucherung etwa um das dreifache ihres gewöhnlichen Umfanges verbreitert, die Retezapfen sind z. Th. in ihrer Form verändert und lang ausgezogen, sie sind von vereinzelten Leukocythen und etwas zahlreicheren Langerhans'schen Zellen durchsetzt. Schon bei schwacher Vergrösserung nun wird die Aufmerksamkeit des Beobachters auf eine Zone mitten im Rete Malpighii gelenkt, welche sich ziemlich scharf gegen die benachbarten Zellagen abhebt dadurch, dass in ihr bloss die Zellkerne sich tingirt haben, während das Protoplasma ungefärbt geblieben ist. Dieses Verhalten des Protoplasmas geschieht gleichmässig gegenüber dem Bismarckbraun, den üblichen Carminfarbstoffen, Hämatoxylin, Thionin, Methylenblau, Sahli'schem Boraxmethylenblau, Unna's polychromem Methylenblau, der von Gieson'schen Färbung. Die beifolgende Figur gibt die scharfe Abhebung der Zone des

veränderten Protoplasmas getreu wieder. Diese letztere erreicht im Centrum der Wucherung, also da, wo die Epidermis am stärksten ist, ihre grösste Breite, während sie an der Peripherie derselben allmählig schmäler wird, um zuletzt vollkommen zu verschwinden.

Untersucht man nun bei stärkerer Vergrösserung, am besten mit Oel-Immersion, so gewahrt man folgende Verhältnisse. Die Zellen der Pallisadenschicht sind anscheinend normal in Bezug auf ihre Grösse, Tingirbarkeit, das Verhalten ihrer Kerne und ihres Protoplasmas. Auch sind die Intercellularräume nicht erweitert. Das Zellprotoplasma präsentirt sich, mit Thionin dargestellt, als leicht blauer Schein, in dem man bei sehr starken Vergrösserungen die geformten Bestandtheile, die den grössten Theil des Protoplasmaraumes einnehmen, wahrnehmen kann. Das normale Verhalten der geformten Bestandtheile des Protoplasmas der Pallisadenzellen kann man an normaler Epidermis des Menschen oder noch besser an derjenigen kleiner Säuger constatiren. Bei der Maus z. B. füllen sie den für das Protoplasma bestimmten Raum der Zellen fast vollkommen aus und gehen einerseits bis in die Nähe des Kernes, andererseits bis an die Zellmembran heran. Zur Darstellung dieser Verhältnisse benöthigt man sehr dünner Schnitte. Wenn diese dicker als etwa $^1/_2/_{100}$ Mm. waren, so war es mir nicht möglich, mit Sicherheit die geformten Protoplasmabestandtheile an der normalen Haut darzustellen. Das geschilderte Verhalten des Protoplasmas erstreckt sich nun in unserem Falle auf alle in den Retezapfen befindlichen Zellen und auf die untersten Zellagen über den Papillenendigungen. In den bislang geschilderten Zellen sind auch die „Protoplasmafasern“ in normaler Zahl wahrzunehmen. Geht man nun höher in die Epidermis hinauf, so sieht man bei starken Vergrösserungen, dass die Schicht des veränderten Protoplasmas doch nicht ganz scharf sich absetzt. Denn allmälig werden die Zellen grösser, indem offenbar ihr Protoplasma mehr aufgebläht wird, und es sind nun mittelst Thionin mit grösserer Leichtigkeit Körnchen darstellbar, welche zum Theil um den Kern herum in einigem Abstand von demselben, meist aber auf der der Hornschicht zugekehrten Seite der Zellen liegen. Diese Körner sind viel grösser als die fein-

sten Pünktchen der Pallisadenzellenschicht. Sie weisen aber Unregelmässigkeiten in ihrer Grösse auf, indem sie bald kleiner bald gröber sind, und sie sind in nicht immer gleichmässigen Abständen von einander entfernt.

Höher hinauf ist schon der grösste Theil des geformten Protoplasmas zu Grunde gegangen, so dass die meisten Granula nicht mehr tingirbar sind. Dementsprechend sind auch die „Protoplasmafasern“ hier nicht mehr vorhanden, welche auch in der gleich zu beschreibenden Schicht fehlen. Die Kerne verhalten sich bezüglich ihrer Tinctionsfähigkeit normal, während ihr Volumen von unten nach oben hin allmälig abnimmt. Dies Verhalten steht im Gegensatz zu den reichlicher ödematösen analogen Stellen der Pemphiguswucherungen, bei denen recht häufig der Kern blasig aufgetrieben ist. Die Intercellularräume sind z. Th. mehr, z. Th. weniger verbreitert.

Nun beginnt die erwähnte Zone, die im Centrum der Wucherung eine Breite von etwa $^1/_3$ Mm. erreicht. Diese Zone besteht, wie wir z. B. bei Thionin-Orcein-Färbung sehen, aus zwei Schichten, von denen die untere 2—3, die obere 3—5 Zellagen umfasst. Die untere Schicht zeichnet sich dadurch aus, dass in allen Zellen das Protoplasma entweder überhaupt den Farbstoff nicht annimmt oder dass z. B. mit Orcein nur eine ganz leichte Rosafärbung einer schmalen Randzone statthat, während die Kerne intact geblieben sind. Daneben sind aber in der unteren Schicht gerade da, wo sie über den Zelllagen mit normalem Protoplasma beginnt, kleinere und grössere Lücken zwischen den Zellen an vielen Stellen zu bemerken, die meist in gleicher Höhe sich befinden. Diese Lücken sind ein- bis mehrkammerig. Die Wände der letzteren werden von langgezogenen, plattgedrückten Zellen dargestellt. In diesen Lücken findet sich ein zierliches Netzwerk feinsten fädigen Fibrins (Weigert'sche Fibrinmethode), welches letztere auch an manchen Orten in der Umgegend der Lücken zwischen den Zellen vorhanden ist.[1]) Die Lücken waren an manchen Stellen

---

[1]) Diese Stellen sind besonders geeignet, die Unhaltbarkeit der Hypothese von Eddowes (Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1890) nachzuweisen, dass die „Epidermisspiralen“ Fibrinfäden seien. Die Gestalt, Dicke und Anordnung der beiden Gebilde sind vollkommen verschieden.

so zahlreich, dass der Schnitt mitunter einen Einriss erlitt, der sich durch die abgerissenen Zellen leicht als artefíciell erkennen liess.

Von der beschriebenen unteren Theilschicht unterscheidet sich die obere nur ganz unwesentlich. In ihr ist das Protoplasma, wenn auch nur ganz leicht, gleichmässig mit Orcein angefärbt, so dass sie sich deutlich gegen den unteren Theil absetzt. Die Kerne sind hier noch kleiner. Sie haben ihre Gestalt fast durchweg geändert, indem sie meist platt erscheinen. Ihr Tinctionsvermögen dagegen hat in keiner Weise gelitten.

Diese ganze Zone des veränderten Protoplasmas wird ab und zu senkrecht von Zellen mit solchem Protoplasma durchsetzt, das sich normal oder annähernd normal verhält. Diese Zellen bilden die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen.

Ueber der beschriebenen Zone befindet sich die mehr oder weniger breite Hornschicht. Was das Keratohyalin angeht, so schneidet dies nach dem Centrum der Epidermisschicht hin ab, findet sich aber noch in der Peripherie derselben in schmaler Zone, um in dem normalen Epithel wieder an gewohnter Stelle zu erscheinen.

Die Peripherie der erwähnten Schicht zeichnet sich dadurch aus, dass in ihr die oben beschriebenen fibrinhältigen Intercellularlücken noch vorhanden sind, dass aber die Zone des veränderten Protoplasmas schmäler ist und allmälig abnimmt. Auch die Intensität des pathologischen Processes in den Zellen selbst ist eine geringere, indem die Zone des färbbaren Protoplasmas hier zwar ebenfalls sich an den Zellrand hält, aber doch bedeutend breiter ist. Ausserdem sind in dieser Randzone die „Protoplasmafasern“ vorhanden. Man kann sich hiervon durch die Hämatoxylin-Eisenchloridmethode überzeugen, welche die protoplasmatische Randzone grau, die hindurch ziehenden Fasern jedoch blauschwarz erscheinen lässt.

Es musste naturgemäss die Frage aufgeworfen werden, welcher Theil des Protoplasmas, die gekörnte Substanz oder die Stützsubstanz, von der erwähnten Veränderung befallen war. Um dies

Gemeinsam haben sie nur die Fähigkeit, sich mit der Weigert'schen Fibrinmethode und denjenigen Lacken zu färben, welche das thonerdefreie Hämatoxylin mit Eisenverbindungen bildet.

zu entscheiden, wurden die als specifisch empfohlenen Methoden angewendet, und zwar die Nissl'sche Fuchsin- und Methylenblaumethode (Neurolog. Centralblatt, 1894 Nr. 19 ff.) und die Unna'schen Methoden zur Darstellung des Epithelprotoplasmas (Monatsh. für prakt. Dermat. 1894, Bd. XIX, Nr. 6), und zwar sowohl diejenigen, welche das „Granoplasma" darstellen sollen, und welche alle auf der Färbung mit polychromem Methylenblau beruhen, als solche, die für die isolirte Darstellung des „Spongioplasma" angegeben sind, wovon nur die Methoden unterblieben, welche sich auf die Wasserblauanwendung beziehen. Ferner wurde versucht, das Protoplasma mit Thionin zu tingiren, einem Farbstoff, der, wie ich glaube, einer der geeignetsten zur Sichtbarmachung der geformten Bestandtheile des Protoplasmas ist. Auch wurde Toluidinblau an Stelle des Methylenblau nach der Nissl'schen sowie für das polychrome Methylenblau der verschiedenen Unna'schen Darstellungsweisen substituirt. Endlich wurden auch die Holzschnittbilder der Lackmethoden zur Untersuchung herangezogen, wovon sich namentlich der Hämatoxylin-Eisenlack bewährte (K. Herxheimer, s. u.).

Wir verdanken den Lackmethoden ganz Erhebliches in der Darstellung des Protoplasmas. Dieselben wurden etwa gleichzeitig inaugurirt von R. Heidenhain (Arch. für mikrosk. Anatomie, 1886), welcher den Chromlack des thonerdefreien Hämatoxylins für in Alkohol oder Pikrinsäure gehärtete Gewebsstücke empfahl und bereits auf die gelungene Darstellung des Protoplasmas aufmerksam macht, und von C. Weigert (Fortschritte der Medicin, 1885 Nr. 6), welcher den Chromlack und später (Fortschritte der Medicin, 1885, Bd. III.) den Kupferlack zur Darstellung der Nervenmarkscheiden empfahl. Schon Weigert hatte mit noch anderen Lacken gearbeitet, nämlich mit Blei-, Zinn-, Zink-, Eisen- und Vanadiumlack, aber für seine Zwecke den Kupferlack vorgezogen. Später wurde der Eisenlack des Hämatoxylins von mir (Fortsch. der Medicin, 1886 Nr. 24) zur Darstellung der elastischen Fasern in Anwendung gezogen. Ich lernte die Methode bezüglich ihrer Fähigkeit der Protoplasmadarstellung bald schätzen und bediente mich ihrer stets nach dieser Richtung hin, habe aber diesen ihren Vortheil erst 1896 (Ueber Pemphigus vegetans l. c.) betont. Inzwischen war von Benda (Verh. der anatomischen Ges., Göttingen, 1893) zuerst schwefelsaures Eisen-Ammoniak, dann schwefelsaures Eisenoxyd und von Martin Heidenhain Eisen-Ammoniak-Alaun empfohlen worden, letzteres speciell zur Darstellung der Centrosomen. Zum Studium der feineren Verhältnisse des Protoplasmas der Nervenzellen wird das letztere Verfahren mit bestem Er-

folge von Nissl geübt, wie mir dieser Autor brieflich mittheilt. Neuerdings ist der Eisenlack des Hämatoxylins auch von J. Schütz zum Studium der „Protoplasmafasern" empfohlen worden. (Arch. für Derm. und Syph. 1896.)

In der besprochenen Schicht nun konnte mit keiner der oben genannten Methoden weder eine Darstellung der geformten Theile des Zellleibs noch der Stützsubstanz erzielt werden, sondern die Färbung schnitt an den bezeichneten Grenzen ab.

Es war eben in dieser Schicht das geformte Protoplasma der Epithelien in seiner Gesammtheit derart verändert, dass es Farbstoffe nicht annahm.

Für den ersten Augenblick hatte diese Schicht, über deren Vorkommen in der mir zugänglichen Literatur nichts zu finden war, und die ich aus eigener Anschauung ebenfalls nicht kannte, etwas Fremdartiges. Auch bei den Untersuchungen der Pemphiguswucherungen, die ich eingehend vorgenommen hatte, was mir bisher eine derartige Zellveränderung nicht vorgekommen, so dass ich zunächst nicht daran dachte, das Oedem als Ursache zu beschuldigen, obschon die bekannten regressiven Zellveränderungen unwahrscheinlich erschienen.

Speciell Hyalin, dessen Annahme naheliegend wäre, ist auszuschliessen, falls man, wie nach dem Vorgange von Recklinghausen's viele neuere Autoren gethan haben, mit diesem Worte einen bestimmten Begriff verbindet. Einmal nämlich ist ein stärkeres Lichtbrechungsvermögen des veränderten Protoplasmas nicht wahrzunehmen. Ferner zeigte dies letztere keine besondere Verwandtschaft zu den „säurebeständigen Farbstoffen", wie Carmin, Picrocarmin, Säurefuchsin, Eosin. Endlich ist auch das weitere von v. Recklinghausen für das Hyalin aufgestellte Postulat nicht erfüllt, dass die Kerne verloren gehen.

Wenn somit eine hyaline Degeneration ausgeschlossen werden konnte, so legte ein eingehenderes Studium der beschriebenen Veränderungen es nahe, eine Einwirkung des Oedems auf den Zellleib anzunehmen. Dass die Pallisadenzellenschicht durch das Oedem eine Veränderung nicht erlitt ähnlich etwa derjenigen bei dem vegetirenden Pemphigus, ist nicht auffallend, wenn man bedenkt, dass nur das in der That kolossale Oedem, welches dieser Krankheit eigen sein kann, es

fertig bringt, die lebensfähigen Zellreihen der Keimschicht zu durchbrechen bez. in die Zellindividuen einzudringen. Bei der Impetigo contagiosa ist sowohl das Oedem geringer als der Sitz der Erkrankung gewöhnlich ein mehr oberflächlicher. In Folge dessen ist auch bei den Wucherungen dieser Krankheit das Oedem auf die höheren Schichten der Epidermis beschränkt. In der Uebergangszone macht sich das Oedem bemerklich, indem es ein deutlicheres Hervortreten der geformten Bestandtheile des Protoplasmas bedingt. Man braucht sich nur die Mühe zu einem Vergleich mit den stark ödematösen Wucherungen des vegetirenden Pemphigus zu nehmen, und man wird dies leicht begreifen. Hier wie dort werden die sonst kaum angedeuteten Pünktchen zu grösseren oft groben Körnern, die verhältnissmässig weit auseinander liegen. Dies kann nur durch das in den Zelleib eingedrungene Oedem erklärt werden, welches sowohl zwischen die Körnchen als in dieselben einzudringen scheint. Durch das Oedem werden ja in ganz analoger Weise beim vegetirenden Pemphigus die geformten Theile des Protoplasmas auch der Bindegewebszellen deutlicher gemacht, indem ihr Netzwerk doppelt und dreifach seine Maschen ausdehnt. Differential diagnostisch könnten nur herangezogen werden die kurz abgeschnittenen „Protoplasmafasern" sowie körniges Fibrin. Erstere können durch die Localisation, die Grösse der Körner, sowie dadurch ausgeschlossen werden, dass man sich leicht durch Drehen der Mikrometerschraube davon überzeugen kann, dass man es thatsächlich mit Körnchen, nicht mit schräg abgeschnittenen Fasern zu thun hat. Aber auch Fibrinkörner, die sich nach Unna ebenfalls mit polychromem Methylenblau färben, sind nicht anzunehmen, denn einmal fehlt körniges Fibrin an den Stellen des fädigen Fibrins, ferner weisen alle Zellen gleichmässig die geformten Protoplasmatheile auf, also auch solche, die abseits der Fibrinausscheidung liegen, endlich ist die doch im Allgemeinen gleichmässige Anordnung zahlloser, die Zellen oft noch in grösserer Anzahl erfüllender Körnchen von dem sonstigen Auftreten körnigen Fibrins ganz verschieden.

Aber auch die Erscheinung der Aufblähung und Auseinanderdrängung des körnigen Protoplasmas verschwindet mit

der Zunahme des Oedems; wir sind an der Schicht angelangt, in welcher die geformten Bestandtheile völlig untergegangen sind, je mehr wir uns dem Centrum des Processes nähern. desto vollständiger. Nur der Kern ist erhalten geblieben. Gleichzeitig ist aber hier auch an vielen Stellen die Flüssigkeit zwischen die Zellen gedrungen, nicht gleichmässig, wie ich dies früher beim Pemphigus vegetans gefunden hatte, sondern nur in bestimmten Zellagen, dafür dort aber in intensiverer Weise Verheerungen anrichtend, indem sie die Zellen auseinander drängte und so kleine Bläschen bildete. Diese sind somit das Analogen zu den subepithelialen Lymphseen des Pemphigus vegetans.

Es scheint bis jetzt kein Beispiel einer durch das Oedem hervorgerufenen so intensiven Zellveränderung in anderen epithelialen Organen bekannt zu sein. Dies ist leicht erklärlich, wenn man bedenkt, dass kein anderes epitheliales Organ in so beschränkten Grenzen vom Oedem betroffen wird. Dass der Zellkern länger resistirt, als das Protoplasma, kann nach Erfahrungen bei anderen pathologischen Processen nicht Wunder nehmen. Wir wissen, dass z. B. bei Thieren, die durch Arsenik oder Phosphor vergiftet werden, erst dann der Kern der Ganglienzellen angegriffen wird, wenn die Körner des Zelleibs sich längst verändert haben (Nissl: Allgem. Zeitschrift für Psych., Bd. 48, p. 197). Immerhin bleibt die Thatsache, dass die Kerne von der Veränderung nicht betroffen wurden, auffallend gegenüber dem Umstand, dass bei den Pemphiguswucherungen die Kerne oft stark aufgebläht sind. Es ist dies allerdings auch nur in den schon citirten, besonders stark ödematösen Vegetationen des Pemphigus der Fall.

Die beschriebenen oberflächlicheren, specifisch protoplasmatischen Veränderungen kommen aber nicht den nach der contagiösen Impetigo entstehenden Wucherungen ausschliesslich zu. Vielmehr fand ich bei der später vorgenommenen eines neuen Falles von Wucherungen bei Pemphigus ganz analoge Verhältnisse.

Herr College Lippmann (Mainz) schickte mir freundlichst zur mikroskopischen Untersuchung ein Stück gewucherte Haut von der Vulva einer älteren Dame, die er mit einem Mainzer Collegen und mit meinem Bruder zusammen gesehen hatte. Vor 10 Jahren hatten Pemphiguserup-

tionen auf der Mundschleimhaut begonnen. Sie waren geheilt, um wieder zu erscheinen, und es hatten sich auch Blasen auf der äusseren Haut eingestellt, die ebenfalls wieder heilten. Gegen Ende des 10. Jahres der Erkrankung bekam die Patientin auf der Haut des linken Labium eine rasch aufschliessende, condylomartige, zeitweise sehr schmerzhafte Wucherung ohne regionäre Lymphdrüsenschwellung: Ein Blasensaum oder eine Erosion war um die Wucherung nicht vorhanden, so dass klinisch eine sichere Diagnose nicht gemacht werden konnte. Die Wucherung wurde in toto exstirpirt und ein Theil derselben mir zugeschickt.

Die zuerst untersuchten Schnitte schienen für die Diagnose Carcinom zu sprechen. Es fand sich nämlich eine starke Wucherung der Epidermis, die zahlreiche, langgestreckte Fortsätze in das Bindegewebe weit hinein sandte. Das leicht ödematöse Bindegewebe zeigte relativ geringe kleinzellige Infiltration, dafür aber um so hochgradigere Veränderung der Gefässe, Perivasculitis und Endarteriitis obliterans. Die Epidermis war in den unteren Schichten nicht besonders ödematös, ebenso wenig das Bindegewebe. Abscesse fehlten in der ersteren vollkommen. Die Epithellagen in der Tiefe des Bindegewebes konnten alle als mit den Fortsätzen der Epidermis zusammenhängend erwiesen werden; es war somit eine atypische Epithelwucherung nicht vorhanden, so dass ich die Diagnose Carcinom fallen lassen musste.

Die Diagnose wurde gesichert durch die oberen Epidermisschichten, welche eine analoge Zone bildeten, wie die bei der Wucherung nach Impetigo contagiosa beschriebene. Die Zone der Zellen, deren körniges Protoplasma sich zu ändern begann, lag etwa zwei Zellagen höher. Im übrigen waren die oben geschilderten Veränderungen, die im allmäligen, zuletzt vollkommenen Untergange der Protoplasmakörner bestanden, vorhanden. Allerdings liessen sich hier zwei Schichten nicht unterscheiden, die Kerne waren in der ganzen Zone ziemlich gleichmässig in ihrer Gestalt verändert, die meisten waren plattgedrückt; sie waren durchwegs kleiner als in der normalen Epidermisschicht. Auch die Lücken zwischen den Zellen waren in der oben geschilderten Weise vorhanden. Die Hornschicht fehlte.

Ich stehe nicht an, auf Grund der durch das Oedem veränderten Zone die Diagnose Pemphigus vegetans zu machen.

Die Diagnose ist vielleicht im vorliegenden Falle leichter, da bloss die beiden erwähnten Krankheiten in Frage kommen können.

Der Verlauf bestätigte die Diagnose insofern, als einerseits nach der im Anfang des März vorgenommenen Exstirpation ein locales Recidiv oder eine Metastase bis Mitte September nicht wahrgenommen werden konnte, andererseits aber neue Blasen, namentlich im Munde auftraten und Anfangs September noch von Herrn Collegen Lippmann eine Blase an einem Augenlid festgestellt werden konnte. Dass bei der vegetirenden Form des Pemphigus nach Wucherungen wieder Blasen auftreten können, ist zur Genüge bekannt.

Es entsteht nun die Frage: Bietet das Vorhandensein des so eigenthümlich veränderten Protoplasmas überhaupt einen Anhaltspunkt bei der mikroskopischen Diagnose? Nachdem einerseits festgestellt ist, dass diese Veränderung nicht bloss den Wucherungen bei Impetigo contagiosa, sondern auch denjenigen bei Pemphigus zukommen kann und da man andererseits ein Oedem, das so hochgradige Veränderungen in der Epidermis hervorbringt, so weit dies bislang festzustellen ist, nur nach Blasenerkrankungen der Haut kennt, so dürfte die Anwesenheit der Zone des veränderten Protoplasmas in der Epidermis gewucherter Haut dazu berechtigen, Wucherungen der Haut nach Blasenerkrankung anzunehmen. Zukünftigen Beobachtungen wird es vorbehalten bleiben, den beschriebenen Befund bei den anderen Eingangs erwähnten Hautvegetationen nach Blasenerkrankung nachzuweisen. Sollte sich die naheliegende Annahme, dass sie sich auch bei diesen finden, für alle die verschiedenen Krankheiten bestätigen, so würden die gefundenen Veränderungen ein wichtiges pathologisch-histologisches Criterium abgeben.

Anmerkung bei der Correctur. Nach Absendung vorliegender Arbeit wurde von mir auf der dermatologischen Abtheilung ein vierter Fall von Wucherungen nach Impetigo contagiosa beobachtet, der sich dadurch auszeichnete, dass die Wucherungen nur theilweise die Stellen der früheren Krusten einnahmen, und dass sie eine glatte Oberfläche darboten, also mehr den hypertrophischen Papeln der Frühsyphilis glichen. Auch hier heilten dieselben unter Bedeckung mit Hg-Pflaster.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. VI.

Wucherung nach Impetigo contagiosa. Etwa in der vierten Zellage in der Epidermis deutliche Auftreibung des körnigen Protoplasmas, in der nächsthöheren Lage Abnahme der Körner, die weiter oben ganz verschwinden, so dass hier das Protoplasma nicht gefärbt erscheint, welches kurz vor der Hornschicht leicht röthlich tingirt ist. Thionin-Orceindarstellung.

Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik von Prof. F. J. Pick in Prag.

Weitere Mittheilungen zur Pathologie der Hyphomycosen.

Von

Dr. **Ludwig Waelsch,**
I. Assistent der Klinik.

I. Anatomie der Pityriasis versicolor.

In Ergänzung meiner früheren Mittheilungen über die Anatomie der Hyphomycosen will ich im Folgenden die histopathologischen Verhältnisse bei der Pityriasis versicolor erörtern.

Die Literatur weist nur spärliche diesbezügliche Untersuchungs-Ergebnisse über diese Erkrankung auf, und scheinen sich die Autoren, so jüngst erst auch Unna,[1]) nur auf die Untersuchung der Schuppen bezüglich des Vorhandenseins und der Anordnung der Pilze in denselben beschränkt zu haben.

Meine Untersuchungen wurden an einem excidirten Hautstückchen von der Beugeseite des Oberarmes vorgenommen. Dasselbe zeigte das typische Bild der Erkrankung, einen braunen, oberflächlich leicht abschuppenden Herd, der sich an der Peripherie in kleine, stippchenförmige, an die Mündung der Haarfollikel gebundene Herde auflöste.

Nach Härtung in Formol-Alkohol wurden die Schnitte mit Pikrocochenille vorgefärbt und dann der Pilzfärbung unterworfen. Von anderen Hautstellen abgenommene Schuppen wurden in derselben Weise behandelt.

In den Schuppen fand sich das Mikrosporon furfur sehr reichlich und in charakteristischer Anordnung. Es bildet daselbst grosse Sporenhaufen, deren Elemente traubenförmig aneinander gelagert erscheinen. Die Sporen selbst sind kugelrund oder oval, oder auf einer Seite gedellt, oder endlich unregelmässig eckig geformt. Ihre Grösse schwankt zwischen 2 und 5 μ. Manchmal sind sie an einer Seite keilförmig aus-

[1]) Unna, P. G. Die Histopathol. d. Hautkrankh. Berlin 1894 p. 1204.

gezogen, oder tragen förmlich einen kurzen Stiel, welcher der auswachsenden Hyphe entspricht. Ist der Hyphenfaden schon länger geworden, so kommen Gebilde zu Stande, die in ihrem Aussehen an Spermatozoen erinnern; der Kopf des Spermatozoon entspricht dann der keimenden Spore.

Zwischen den Sporenhaufen sieht man sich vielfach durchkreuzende Pilzfäden, welche oft zu mehreren hintereinander gelagert erscheinen. Sie sind entweder durch einen schmalen Zwischenraum von einander getrennt, oder hängen noch als gegliederte Hyphen, oft 4—7 Glieder hintereinander, zusammen. Die Länge der einzelnen Glieder beträgt 8—11 μ, ihre Breite 3 μ. Die Hyphen zeigen zumeist geradlinigen Verlauf; sie sind aber auch oft gekrümmt, oder winkelig geknickt, manchmal in der Mitte leicht bisquitförmig eingedrückt. Zwischen das Geflecht der Hyphen eingelagert, sieht man auch, ganz unabhängig von den zusammenhängenden Sporenhaufen, isolirte Sporen.

Die Untersuchung der Schnitte ergab folgendes Resultat: Der Pilz localisirt sich hauptsächlich in der mittleren und basalen Hornschicht. In der ersteren finden sich mehr weniger dichte Sporenhaufen, und zwischen denselben ein dichtes Geflecht von Pilzfäden, während in der letzteren ausschliesslich Fäden zu beobachten sind, die, sich vielfach durchkreuzend, theils der Oberfläche der Epidermis parallel laufen, theils senkrecht oder schräg zu ihrer Verlaufsrichtung angeordnet sind. In den oberen Hornschichten finden sich die Pilzelemente in geringerer Menge. Die mittleren Hornschichten erscheinen dort, wo sie von Pilzsporen erfüllt sind, auseinandergedrängt, die unteren dort, wo sie von den Fäden durchsetzt werden, stark aufgelockert, ein Moment, das die leichte Abschuppung der Affection erklärt.

Ueber die basale Hornschicht geht das Pilzwachsthum nicht hinaus; wo dies doch der Fall zu sein scheint, erweisen sich die in und unter dem Stratum granulosum vorhandenen Sporen und Hyphen als auf mechanische Weise, z. B. das schneidende Messer, dahin verschleppt. Es finden sich daher im Bereiche der Haarfollikel Pilzfäden nur in jenen Schichten des Infundibulum des Haarbalges, welche als Fortsetzung des

Stratum corneum sich in den Anfangstheil des Follikels einsenken. In der inneren Wurzelscheide findet sich das Mikrosporon niemals; ebensowenig in den anderen, vom Stratum mucosum herstammenden Theilen des Haarbalgs. Das Stratum mucosum selbst weist keine pathologischen Veränderungen auf; auch die Talg- und Schweissdrüsen erscheinen normal; die Haare sind frei von der Pilzvegetation.

Im Derma findet sich, besonders unter den dichtesten Pilzanhäufungen, leichte Hyperämie der oberflächlichen Capillaren, sowie geringgradige Exsudation um dieselben und die in die Papillen aufsteigenden Gefässschlingen.

Der Process spielt sich also in den Hornschichten ab, und hier wieder besonders in den mittleren, und gibt nur zu mässiger entzündlicher Reizung Veranlassung. Er unterscheidet sich durch die geringe Reaction der Haut gegenüber dem Wachsthum des Pilzes in ihren Hornschichten wesentlich von den anderen Myrocen. Es lässt sich aber wegen des Vorhandenseins der, wenn auch gewöhnlich geringen entzündlichen Erscheinungen im Derma, welche das Mikrosporon furfur durch sein Wachsthum in der Haut hervorruft, dieser Pilz entgegen der Ansicht Unna's nicht als reiner Saprophyt bezeichnen. Zahlreiche Beobachtungen an der Klinik haben auch zur Genüge ergeben, dass es Fälle von Pityriasis versicolor gibt, welche mit starken Entzündungs-Erscheinungen, die sich schon makroskopisch durch ihre intensive, oft knötchenförmige Röthung und starkem Juckgefühl charakterisiren, einhergehen.

II. Endergebnisse.

Ueberblicken wir nun die Ergebnisse der anatomischen Untersuchungen über den Favus, die verschiedenen Formen der Trichophytosis und die Pityriasis versicolor, so ergeben sich als Resultat derselben folgende Sätze:

1. Der Favus, die Trichophytosis und die Mycosis versicolor sind durch ihre klinischen Symptome scharf charakterisirte Krankheitsbilder.

2. Jeder dieser Krankheiten liegt als Erreger ein Pilz zu Grunde, welcher, jeder für sich wohl charakterisirt, doch bezüglich seiner makro- und mikroskopischen Wachsthums-

form, Pathogenität und biologischen Verhaltens sehr variabel erscheint.

3. Der Pilz localisirt sich in den in Verhornung begriffenen oder bereits verhornten Schichten der Epidermis, und ergreift auch, mit Ausnahme des Mikrosporon furfur, die Anhangsgebilde der Haut (Haare, Nägel). Er verschont jedoch in den letzteren auch die saftreicheren Theile.

4. Die unter dem Stratum corneum befindlichen Epithelschichten bilden für den Krankheitserreger einen undurchdringlichen Wall.

5. In das Corium gelangt der Pilz nur auf dem Wege des erkrankten Follikels nach entzündlicher Auflockerung oder Zerstörung seiner Wände (Sycosis parasitaria).

6. Durch sein Wachsthum in der Haut ruft er verschieden hochgradige Entzündung hervor. Die beiden Endglieder der Reihe dieser verschiedenen Entzündungsgrade sind gegeben, einerseits durch geringe Hyperämie und Exsudation (Mycosis versicolor), andererseits durch schwere destructive Entzündung mit Bildung tiefer, knotiger Infiltrate (Sycosis parasitaria).

7. Die Schwere der Entzündung, welche neben den makroskopisch sichtbaren Charakteren (der Bildung grösserer Pilzrasen [Favusscutulum], des Abbrechens der Haare [Trichophytia capillitii], der Entstehung brauner lamellöser Schuppen [Mycosis versicolor]) das klinische Bild kennzeichnet, hängt ab von der Art des Pilzes, seiner Abstammung (Virulenz), der Empfänglichkeit der befallenen Hautpartie für die Pilzvegetation, sowie von ihrem normal-anatomischen Bau.

8. Die einer ätiologisch zusammengehörigen Krankheitsform zukommenden verschiedenen Krankheitsbilder rechtfertigen vermöge ihrer klinischen Eigenart ihre strenge klinische Sonderung, wenn auch die ihnen zu Grunde liegenden, scheinbar sehr differenten Krankheitserreger sich auf eine einheitliche Grundform (Species) zurückführen lassen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Pick, nochmals meinen herzlichsten Dank für die freundliche Unterstützung bei meinen Arbeiten auszusprechen.

Ueber einen Fall von multipler Hautgangrän.

Von

Dr. **M. Hintner** in München.

Bei der Betrachtung der dermatologischen Specialliteratur findet man über Fälle von neurotischer Hautgangrän nur weniges vermerkt. Symptomatisch äussert sich diese Krankheit der Hauptsache nach durch das multiple Auftreten von nekrotischen Stellen der Haut und zwar meist bei nervös erkrankten Personen jugendlichen Alters. Dieser Krankheitsprocess kann entweder mit vorausgehender Bläschenbildung beginnen oder entsteht sehr häufig auch ohne dieselbe. In dem zu beschreibenden Falle habe ich beide Formen auftreten sehen.

Ueber die Terminologie des Krankheitsprocesses herrscht keine Einigkeit. Dies dürfte wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen sein, dass die Krankheit sowohl an den verschiedensten Stellen des Körpers vorkommt, als auch der Verlauf des Processes nicht immer derselbe ist.

Doutrelepont und Kopp heissen den Process „multiple Hautgangrän", Kaposi spricht von „Zoster gangraenosus hystericus atypicus", Neuberger von „Pemphigus neuroticus", Renaut von „Urticaire gangraeneuse" und Sangster von „Neurotic excoriations".

Was nun die wenigen in der Literatur bis jetzt beschriebenen Fälle betrifft, so will ich dieselben im Folgenden in Kürze zusammenfassen:

Neuberger [1]) berichtet über folgenden Fall: Es handelt sich um ein 26jähriges hochgradig hysterisches Mädchen, bei welchem im

[1]) Neuberger. Ueber den sog. Pemphigus neuroticus. Verhandlungen der deutschen dermatol. Gesellsch. II. und III. Congress.

Anschlusse an eine Verletzung des rechten Mittelfingers nekrotische Herde an diesem Finger, dann am Rücken, in der rechten oberen Extremität und Brust und endlich in der linken oberen Extremität auftraten.

Die Efflorescenzen entstanden gewöhnlich Nachts unter heftigem Brennen und zeigten sich in kleineren disseminirten und grösseren mit gelblicher Flüssigkeit gefüllten Bläschen, die früher oder später zu einem gelbgrünen allmälig sich dunkler färbenden unter das Hautniveau eingesunkenen Schorfe eintrockneten.

Die Bläschen-Eruption ging der Schorfbildung fast jedesmal voraus. Die Heilung dauerte immer sehr lange und erfolgte mit Bildung von Narbenkeloiden. Dieser Fall endete letal und zwar starb die Patientin unerwartet schnell in wenigen Tagen unter heftigem anhaltenden Erbrechen. Die Section ergab als Todesursache „Syringomyelie".

Doutrelepont [1]) beschrieb einen Fall, bei dem die Krankheit ohne Blasenbildung entstand, sich allmälig über den ganzen Körper verbreitete und im übrigen ganz ähnliche Merkmale, wie der von Neuberger beschriebene Fall zeigte. Auch hier war die Heilung mit starken Narbenkeloiden erfolgt.

Definitive Heilung war zur Zeit der Veröffentlichung noch nicht erfolgt.

Kopp [2]) veröffentlichte einen Fall, bei dem auch die Krankheit ohne vorausgehende Bläschenbildung entstand, multiples Auftreten zeigte im Gegensatz zu Doutrelepont's Fall aber auf den Bezirk des linken Plexus brachialis und den linken Oberschenkel beschränkt blieb. Unter starker Keloidbildung trat schliesslich definitive Heilung ein.

Von Neumann [3]) wurde im Jahre 1882 in der Gesellschaft der Aerzte zu Wien ein 18 Jahre altes Mädchen mit acuter umschriebener Gangrän der Haut vorgestellt. Die Affection trat multipel am Körper auf und zeigte keine Beziehungen zu bestimmten Nervenbezirken. Dem Erscheinen der nekrotischen Flecken ging ein Gefühl von Brennen voraus. Der gangränöse Fleck entstand auf einer hyperämischen Stelle mit seröser Transsudation.

Von Kaposi [4]) wurde ein weiterer Fall im Jahre 1892 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vorgelegt.

Die Patientin litt an hysterischen Anfällen. Im Verlauf ihrer Krankheit zeigten sich gangränöse Herde nahezu am ganzen Körper, welche kleine Bogen zeigten, entsprechend randständigen Bläschen, sonst fanden

---

[1]) Doutrelepont. Ueber einen Fall von acuter multipler Hautgangrän. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. XIII.

[2]) Kopp. Zur Casuistik der multiplen neurotischen Hautgangrän. Münchener medic. Wochenschrift. 1886. Nr. 38 p. 665.

[3]) Anz. der Gesellschaft der Aerzte in Wien. 12. und 25. Mai 1882. Vierteljahresschrift 1882 p. 536.

[4]) Verhandlungen der Wiener dermatol. Gesellschaft. XXIV. Jahrgang. 1892. 5. Heft p. 842.

sich Gruppen von Bläschen und Haufen ähnlich dem gewöhnlichen Zoster.

Ferner berichtet Bayet [1]) von einem nervösen Manne, welcher sich den linken Vorderarm oberhalb des Handgelenkes mit Schwefelsäure verbrannte. Die Verbrennung war nur eine oberflächliche und in 12 Tagen geheilt. Zwei Tage nach dem Unfalle begannen sich nekrotische Herde an der Aussenseite des linken Vorderarms zu bilden. In den folgenden 9 Tagen entstanden 21 abgegrenzte Ulcerationen, frankstückgross, auf dem linken Vorderarm, stellenweise von länglicher Form und erheblicher Grösse (bis 5 Cm. Durchmesser).

Dem Erscheinen der Flecke ging ein Gefühl von Brennen oder Prickeln voraus. Die Defecte bedurften längere Zeit zur Heilung. An einzelnen Stellen bildete sich Narbenkeloid, an anderen dagegen regenerirte sich die Haut völlig und zeigte stärkeres Pigment.

Der Kranke bot Erscheinungen von Sensibilitätsstörungen: Im Pharynx starke Anästhesie, am ganzen linken Arm Hyperäthesie für den constanten wie faradischen Strom. Muskel- und Nervenerregbarkeit boten keinerlei Abweichungen von der Norm. Druck auf den Mediannerv rief die heftigsten Schmerzen hervor.

Bemerkenswerth erscheint noch, dass Bayet unter genauer Beobachtung des Kranken die Hautaffection durch Auflegen eines gewöhnlichen Pflasters erzeugen konnte.

Ausser den genannten und genauer citirten Fällen aus der Literatur wurden noch früher von Bayet, [2]) dann von Rothmann [3]) Singer [4]) und Quinquaud [5]) Fälle ähnlicher Art beschrieben.

M. Joseph [6]) beschreibt ebenfalls im Jahre 1895 einen Fall von multipler Hautgangrän. Die Krankheit trat bei einem 27jährigen Manne auf kurz nach einer Verbrennung mit Schwefelsäure. Neuropathische Belastung war nicht vorhanden. Dieser Fall ist in vielem dem oben beschriebenen Falle von Bayet ähnlich und es ist daher überflüssig denselben genauer zu beschreiben.

---

[1]) Bayet. Gangrènes disséminées et successives de la peau. Annal. de Dermatolog. et Syphiligr. Tome V. 1894.

[2]) Bayet. Contribution à l'étude du zoster gangrèneux hystérique. Journal des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 1891.

[3]) Rothmann. Demonstration eines Falles von multipler Hautgangrän. Deutsche med. Wochenschrift. 1893. Nr. 23.

[4]) Singer. Ueber Spontangangrän und Simulation bei Hysterie. Wiener med. Presse. 1893. Nr. 23.

[5]) Quinquaud. Lésions trophiques de la main et de l'avantbras, consécutives à un traumatisme. Société franç. de dermat. et syphiligr. Séance de 9. mars 1893.

[6]) M. Joseph. Ueber multiple neurotische Hautgangrän. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 31. Band. 3. Heft. 1895.

In demselben Jahre veröffentlicht v. Stubenrauch[1]) einen Fall von multipler Hautgangrän. Es handelt sich dabei um ein 20jähriges hysterisches Mädchen, bei der nach Verletzungen des linken Vorderarmes und der linken Brust multipel auf der linken Körperhälfte Eruptionen von Bläschen und im Anschlusse daran nekrotische Schorfe auftraten. Dieser Fall ist dem oben von Neuberger beschriebenen analog und bedarf keiner weiteren Ausführung.

Bei den meisten bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen trat die Gangrän bei weiblichen Individuen auf.

Nur die Fälle von Bayet, Quinquaud und M. Joseph betrafen männliche Personen. In den meisten Fällen ging ein Trauma voraus; ferner waren die befallenen Personen fast immer hysterisch oder boten sonstige nervöse Zustände.

Die Heilung trat fast ausschliesslich nur unter Bildung von Keloidnarben auf.

Nun möchte ich im Anschlusse an diese aus der Literatur bekannten Fälle die von mir an einem 21jährigen Mädchen beobachtete neurotische multiple Hautgangrän näher beschreiben.

A. v. M. Malerin 21 Jahre alt.

Anamnese: Als frühere Krankheiten, die Patientin durchgemacht hat, sind zu erwähnen: Masern, Keuchhusten, ferner Typhus, an dem Patientin 14 Wochen krank gewesen sein soll; ferner freiwilliges Hinken nach Typhus.

In der Familie sind bisher keine nervösen Krankheiten aufgetreten. Mutter an Herzschlag gestorben. Ein Bruder an Gehirntyphus mit 6 Jahren gestorben. Vater ist gesund, ebenso eine Schwester. Periode ist mit 12 Jahren aufgetreten, war seit der Zeit immer schmerzhaft, unregelmässig, mit Krämpfen und Kreuzschmerzen verbunden. Blutverlust dabei meist ein ziemlich beträchtlicher.

Im October 1894 will sich die Patientin gebrannt haben und zwar am linken Handrücken. Der Beschreibung nach ist die Verbrennung eine solche II. Grades gewesen im Umfang eines grossen 20 Pfennigstückes. Diese Verbrennung ist ohne weitere Störung geheilt. Anfang Mai 1895 will sich Patientin an derselben Stelle wieder gebrannt haben, angeblich ohne besondere Schmerzen. Die Brandblase ist kurz darauf aufgebrochen und im Anschluss daran traten, wie Patientin bemerkte, an dieser Stelle ganz eigenthümliche Veränderungen auf. Patientin klagt jetzt, abgesehen von der eigentlichen Erkrankung, über häufigen trockenen Husten (nervöses Husten), über Krampfanfälle von Husten und Herzklopfen beim Stiegensteigen, zeitweise auch in der Ruhe, über Gefühl von Hitze bei geringen Anstrengungen; zuweilen plötzliches Versagen der Stimme

[1]) v. Stubenrauch. Ueber einen Fall von multipler Hautgangrän. Münchener med. Wochenschrift. Nr. 13. 1895.

ohne vorhergehenden Catarrh. Appetit ist sehr schlecht, Ekel vor Fleischgenuss; am liebsten geniesst sie Brod, Kartoffel und ähnliches; Stuhlgang und Urinentleerung ohne Besonderheiten: ferner hat sie häufig Kopfschmerzen (im Hinterkopf).

Befund: *a*) Kopf: Auf Betasten hyperästhetisch. Empfindlichkeit des rechten und linken nerv. supraorbitalis. Nervus occipitalis ziemlich schmerzhaft. Zunge wird gerade herausgestreckt. Gaumensegel gleichmässig innervirt. Sensibilität des Rachens normal. Facialis gleichmässig.

Auge: Sensibilität der Cornea gleichmässig gut, keine Gesichtsfeldeinengung; Nase und Kehlkopf ebenso normal. Am Hals einige Drüsen von Bohnengrösse.

b) Thorax: Beide Claviculae druckempfindlich, ebenso das Sternum und besonders die achte und neunte Rippe sehr druckempfindlich.

Lunge: Normale Percussions- und Auscultations-Befunde, sowohl in den oberen wie unteren Partien.

Herz: Relative Herzgrenze etwas vergrössert bis zur Mitte des Sternums und in die Mammillarlinie. Spitzenstoss in der Mammillarlinie leise fühlbar; leises systolisches Geräusch an der Pulmonalis und an der Spitze hörbar.

c) Abdomen: Milz weder palpabel, noch vergrössert. Leber normal; rechtes Ovarium, sehr druckempfindlich.

d) Obere Extremitäten: Der ganze linke Arm zeigt ein verringertes Schmerzgefühl gegenüber rechts, besonders an der Streckseite.

Reflexe von normaler Stärke beiderseits. Wärmeempfindung auf der linken Seite leicht herabgesetzt.

e) Untere Extremitäten: Normale Sensibilität an Füssen und Unterschenkel, ebenso die Schmerzempfindung; dasselbe gilt für den Oberschenkel; warme Empfindung normal. Die Nervenstämme sind leicht druckempfindlich. Reflexe der Patella, Achillessehne und Fusssohle normal. Die elektrische Untersuchung der unteren und oberen Extremitäten ergibt kein Abweichen vom Normalen. Die Wahrnehmung der verschiedenen Geschmacksempfindungen auf der Zunge ist gut. Geruchsempfindung ebenso.

Anreihend an die Untersuchung des ganzen Körpers ergibt sich bei Betrachtung der dorsalen Fläche der linken Hand folgender Befund:

Im Anschluss an die oben erwähnte Brandwunde (nach Aussage der Patientin) sieht man am Dorsum manus in der Metacarpalgegend des 2., 3. und 4. Fingers eine mit einem Kranz von rothen Pünktchen umgebene Stelle, welche im Verlaufe eines Tages alle in kleine Bläschen (Zosterbläschen) übergingen, die sich mit hellem serösen Inhalt füllten. Der Grund der Blase vertrocknete sehr rasch, nachdem der offenbar rein seröse Inhalt sich entleert hatte; es bildete sich dann im Anschluss daran ein Schorf, der auf der Unterlage festhaftete und im Verlaufe eines Tages sich abgelöst hat. Die nun bestehende granulirende Wunde, die ziemlich stark secernirte, wurde mit 10% starker Jodlösung betupft und auf diese Weise zur Vernarbung gebracht. Zu bemerken ist, dass

die so befallene Stelle etwa die Grösse eines grossen 20 Pfennigstückes hatte, dass die Bläschen, jedes für sich allein, zur Verschorfung kamen und nicht miteinander confluirten. Im Verlaufe von etwa acht Tagen (20. bis 29. Mai 1895) treten nun auf der ganzen dorsalen Fläche der Hand nacheinander eine grosse Anzahl solcher, immer in einzelnen Gruppen beisammenstehender Bläschen von Stecknadelkopf- bis Hanfkorngrösse auf, die denselben Verlauf in ihrer Heilung zeigen, wie die vorher erwähnten; nur ist hier ein Confluiren von mehreren Bläschen oder Gruppen von Bläschen zu einem grösseren Schorf und einer granulirenden Wunde zu verzeichnen. Der Heilungsverlauf ist ein ausserordentlich langsamer. Die definitive Heilung der Handfläche nach etwa 6 bis 8 Wochen. Die zurückbleibenden Narben oder doch die Hauptzahl derselben ragen über das Niveau der umgebenden Haut hervor und senden nach den Seiten hin strangförmige, ausstrahlende Fortsätze, die Wunden heilen also grösstentheils unter Bildung von Narbenkeloiden. Am 13. Juli, noch vor beendigter Heilung der an der Hand aufgetretenen Affection, verspürt Patientin plötzlich einen stechenden brennenden Schmerz am linken Vorderarm. Sie legt denselben als einen Fliegenstich aus; die Fliege musste durch den hier angebrachten Verband gestochen haben. Bei Besichtigung am 14. Juli zeigt sich oberhalb des Handgelenkes, ungefähr in der Gegend des untern Drittels des Vorderarmes, etwa dem Verlauf des Nervus radialis entsprechend, eine grössere, etwa 3 Markstück grosse blasenartige Eruption. Am nächsten Tage findet man einen circumscripten, anämischen, grau-grün aussehenden Schorf von 3 Markstück-Grösse, der im Centrum einen kleinen, wie mit einer spitzen Feder ausgeführten schwarzen Punkt erkennen lässt. In der Peripherie ist der Schorf ebenfalls von Bläschen umgeben. Entzündliche Röthe der umliegenden Haut ist nicht vorhanden. Der Schorf nimmt allmälig dunklere Färbung bis in's bräunliche oder braunschwarze an und von der Mitte aus beginnt nach delliger Vertiefung des Centrums dessen Verfall. Am Rande tritt eine Demarcationslinie auf und lockert den Schorf allmälig, der bei mässiger Secretion nach circa 4 Wochen abfällt. Der Defect ist ein sehr grosser, in einer Ausdehnung von 3 bis 5 Markstück-Grösse und reicht in der Tiefe an einzelnen Stellen durch's Unterhautzellgewebe bis auf die Musculatur. Durch Bepinselung mit 10% Jodtinctur wird der Secretion entgegengearbeitet und die Granulationsbildung angeregt. Im ferneren Verlauf Verband mit indifferenten Salben (Ung. boricum, ung. diachylon) und steriler Gaze. Die Heilung beansprucht eine Zeit von 2 Monaten (Ende September 1895). Hier zeigt sich die Keloidbildung besonders stark. Acht Tage nach dem Auftreten dieser Eruption, also am 21. Juli, treten genau unter denselben Symptomen in der Nähe des Ellbogengelenkes die nämlichen Processe auf. Hier breitet sie sich jedoch mehr der Länge nach aus, in einer Ausdehnung von ca. 4—5 Cm. Der Substanzverlust ist hier kein so beträchtlicher, die Heilung jedoch sehr protrahirt. (10. October 1895.) Keloidnarben auch hier vorhanden.

Nach weiterem Verlauf von 8 Tagen (Anfangs August) treten auch am Oberarm dieselben Affectionen auf. Der Process ist jedoch kein so stürmischer, die Schorfe sind klein und oberflächlicher. Heilung unter Keloidbildung (bis etwa 15. Oct. 1895). Bei allen diesen Affectionen war von entzündlicher Reaction des umliegenden Gewebes nichts zu sehen.

Am 26. August zeigt sich oberhalb der Mamilla der linken Brustseite beginnend bis in die Axillarlinie reichend, eine Reihe von punktförmigen bis steckuadelkopfgrossen Efflorescenzen, auf deren Basis sich Bläschen bilden, die wieder ganz die Form des Herpes zoster haben. Hier erfolgt das Eintrocknen des Inhalts der Bläschen und zwar im Verlauf von 3 bis 4 Tagen ohne Zurücklassung von Narben. Heilung durh Regeneration der Haut mit Pigmentbildung.

Wie bereits erwähnt, trat bei allen bis jetzt angeführten Processen die Heilung unter Keloidnarbenbildung auf, das Anfangsstadium zeigte meist typische Herpesform, die umgebenden Gewebe zeigten keine Spur von entzündlicher Reaction. Mit dem zuletzt erwähnten Processe trat Stillstand in dem Auftreten von solchen Eruptionen ein, Patientin wurde Ende Octobor nach erfolgter Narbenbildung aus der Behandlung entlassen.

Am 13. December 1895 erscheint Patientin wieder in der Klinik mit der Angabe, unter denselben stechenden, brennenden Schmerzen hätten sich Blasen im Gesicht und am Ohr gebildet.

Die nun folgenden theilweise mit stürmischen Erscheinungen auftretenden Processe zeigen in ihrem Verlaufe ganz andere Erscheinungen als die bisher erwähnten.

13. December. Bei Besichtigung des Gesichtes findet man auf der linken Seite in der regio submaxillaris und in der regio parotideo-masseterica theils kleinere, theils grössere, bis 3 Markstück grosse Blasen, die mit serösem, hämorrhagischen Inhalt gefüllt ganz den Charakter von Brandblasen haben. Nach dem Platzen der Blasen ist nur die oberste Epidermislage abgehoben, das Corium ist freiliegend. Heilung in circa 8 Tagen durch Borsalbenverband und Streupuder.

Nebenhergehend hat Patientin starke Schmerzen im Ohr der linken Seite. Man findet starke Abschuppungen der Epidermis des Meatus auditorius externus. Ausserdem zeigen sich daselbst wie auch am Trommelfell zahlreiche diffus verbreitete Bläschen von etwa Hirsekorngrösse, welche bei Berührung mit der Sonde ausserordentlich empfindlich sind und sofort platzen. Der auch hier jedenfalls seröse Inhalt vertrocknet sehr rasch, die befallenen Stellen bluten nach dem Platzen des Bläschens sehr leicht und heilen erst nach einiger Zeit unter Zurücklassung von Pigment. Solche Eruptionen traten 3—4mal fast immer schubweise hintereinander auf und befielen später (Januar) auch das rechte Ohr unter denselben Erscheinungen. Das Gehörvermögen ist dabei nicht eingeschränkt. Die Bläschen zeigten die typische Zosterform, jedoch keine Neigung zu Nekrose und Schorfbildung.

Bis jetzt blieben die einzelnen Affectionen stets auf die linke Körperhälfte beschränkt, nun aber traten in den ersten Tagen des Januar

1896 diffus am Rücken, auf der Brust, auf den beiden unteren Extremitäten Blasen von oft ganz bedeutenden Dimensionen auf.

Am 10. Januar zeigten sich zuerst am Rücken etwa am 7. Hals-, 1. und 2. Brustwirbel prallelastische mit rein serösem Inhalt gefüllte, sehr schmerzhafte Blasen. An den folgenden Tagen breiteten sich solche diffus über den ganzen Rücken, über Brust und theilweise Abdomen, alle von 50 Pfg. bis 5 Markstück-Grösse, aus. Die Anzahl derselben betrug ungefähr 10 bis 12.

Am 16. Januar Auftreten einer solchen Blase an der Aussenseite des rechten Oberschenkels in der regio trochanterica in der Ausdehnung von über Kleinhandteller-Grösse. In den nächsten Tagen Auftreten weiterer Blasen an der Innenseite der beiden Oberschenkel, wie auch an der Aussenseite des rechten Oberschenkels, ferner am rechten und linken Knie, direct über der Patella. Die Ausdehnung der Blasen wechselt zwischen 50 Pfennig- und 3 Markstück-Grösse.

Patientin hat während dieser Attaque, die innerhalb weniger Tage auftrat, enorme Schmerzen an den betreffenden Stellen, zeigt bedeutenden Kräfteverfall und mehrmals besonders Abends Temperatursteigerung; letztere lässt sich durch gar kein anderes eventuell hinzugekommenes neues Krankheitsbild erklären.

16. Januar	37.7	Morgens	18. Januar	38.5	Morgens
	39.0	Abends		39.5	Abends
17. „	38.5	Morgens	19. „	37.7	
	39.5	Abends			

dann keine Erhöhung mehr.

Die Heilung sämmtlicher Blasen, die nur eine Epidermis-Abhebung und ein Freiliegen des Coriums verursachten, also keine tiefgehende Wunde erzeugten, jedoch von ziemlicher Secretion begleitet waren, erfolgte innerhalb 14 Tagen und war mithin bis etwa 5. Februar beendet. Zur Anwendung kamen Zinkpuder, Bor- und Diachylonsalbe. Die Narbenbildung ist hier eine einfache ohne Keloidbildung. Zur Hebung der Kräfte roborirende Diät. Patientin befindet sich bis 20. Februar so weit hergestellt, dass sie aus der Behandlung entlassen werden kann. Neue Efflorescenzen oder Blasen sind bisher nicht mehr aufgetreten.

Fassen wir das ganze Krankheitsbild in Kürze zusammen: Bei einem 21jährigen anämischen und nervös stark belasteten Mädchen treten nach einer Verbrennung an der linken Hand, zuerst auf den linken Arm beschränkt, dann aber multipel über den ganzen Körper verbreitet, unter heftigen, stechenden Schmerzen blasenartige Eruptionen kleinerer oder grösserer Form auf.

Man gewahrt nun folgenden Vorgang: Bei den am linken Arm auftretenden Bläschen tritt nach Entleerung des Inhalts

eine Verfärbung des Grundes ein, er vertrocknet und es bildet sich dann ein Schorf; dieser fällt nach einer geraumen Zeit ab, nachdem er durch Demarcationsentzündung gelockert wurde. Der Defect heilt langsam mit Bildung von Narbenkeloiden.

Bei den auf den übrigen Körperstellen auftretenden Blasen zeigt sich ein etwas anderes Bild. Die strotzend mit rein serösem und serös hämorrhagischen Inhalt gefüllten Blasen bersten nach kurzer Zeit (1—2 Tagen); dadurch wird nur ein Freilegen des Coriums erzeugt, der Grund der Blase bedeckt sich mit Granulationen und der Vorgang heilt ohne Schorfbildung ab.

In Erinnerung an die Eingangs meiner Arbeit erwähnten Fälle aus der Literatur möchte ich den beschriebenen Fall diesen Fällen an die Seite stellen.

Im Gegensatz zu den erwähnten Beobachtungen liegen ja in der Litteratur auch einige vor, bei denen sich im Verlaufe der Behandlung ergab, dass die Kranken die Haut-Affection durch chemische (Laugenstein) oder auch durch mechanische (Reiben der Haut im Verbande, Kratzen mit den Fingernägeln) Irritation selbst erzeugten. Solche Fälle sind beschrieben von Strümpell, Schimmelbusch, Sick, Calcot Fox, Forstner und Krecke.[1])

Ich habe nun bei meiner Patientin keine Anhaltspunkte dafür gewinnen können, dass dieselbe sich die Hautaffectionen durch ein solches Mittel selbst erzeugt hätte. Und ganz besonders glaube ich dies auch aus dem Grunde behaupten zu dürfen, dass sämmtliche Affectionen, sei es am Arm oder Rücken oder einer anderen Stelle, ohne jegliche entzündliche Reizerscheinungen der Nachbarschaft auftraten. Bei Verätzungen von solcher Ausdehnung, wie sie in meinem Falle hätte sein müssen, kann doch unmöglich ein Aetzmittel wirken, ohne dass die Narbarschaft der direct betroffenen Partien in Mitleidenschaft gezogen würde. Noch weniger ist es möglich, dass im Ohre die erwähnten Erscheinungen durch Selbstbeschädigung entstanden sind, indem trotz der selbst am Trommel-

[1]) Ueber die Selbstbeschädigung der Hysterischen. Münch. med. Wochenschrift. 1895. Nr. 4 p. 69.

felle auftretenden Affection keine entzündlichen Erscheinungen desselben bemerkbar waren.

Ich schliesse mich hiebei vollständig dem an, was Singer[1]) in seinem Aufsatze in der Wiener med. Presse schreibt: „In solchen Fällen, in welchen Verdacht auf Selbstbeschädigung vorliegt, muss die Umgebung der geschwürigen oder gangränösen Partien gereizt, irritirt sein. Es ist nicht denkbar und widerspricht den bekannten Bildern von der Wirkung coagulirender Gifte, dass ein Aetzmittel, welches nach einer ziemlichen Tiefe hin zerstörend wirkt, die Nachbarschaft der direct betroffenen Partien nach der Fläche hin unberührt lassen sollte. Eine solche Aetzung klingt immer gradatim nach der Peripherie ab und Schwellung und Hyperämie sind die gewöhnlichsten Erscheinungen in der Umgebung künstlich verätzter Partien.“

In Fällen, wo Simulation vorliegt, sieht man in der Umgebung Röthung und entzündliche Reizung der Haut, die sich bis zur ausgesprochenen arteficiellen Dermatitis mit Bläschenbildung steigert.

Wenn man die in der Literatur dargelegten Beobachtungen von Selbstbeschädigungen bei Hysterischen verfolgt, so findet man auch in den genau beobachteten Fällen die Erwähnung dieser Symptome (Strümpell, Schimmelbusch, Sick). In welcher Weise die Selbstbeschädigung stattgefunden hat, ist ganz gleichgiltig und der Grad der Verschorfung hängt von der Stärke der Einwirkung des Aetzmittels ab.

Die Prüfung frischer Efflorescenzen mit Curcuma- oder rothem Lakmuspapier, die ich öfters vorgenommen habe, ergab immer nur mässige alkalische Reaction. Es gibt aber, wie es scheint, derart sensible Individuen, die auf die geringsten äusseren Einwirkungen (Traumen, Verbrennungen) mit schwerer Alteration der Haut antworten. So wissen wir durch Kaposi,[2]) dass bei hysterischen oder überhaupt schwer nervösen Frauen im Anschluss an geringfügige Verletzungen, z. B. einen Nadelstich, sich ein atypischer Herpes

---

[1]) Singer, Ueber Spontangangrän und Simulation bei Hysterie. Wiener med. Presse. 1893. Nr. 28.

[2]) Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1889.

zoster einsteilt, welcher die Eigenschaft hat, zur circumscripten Gangrän der Haut zu führen. Von einer Selbstbeschädigung oder von einer Täuschung kann dabei keine Rede sein. Wir sind zu der Annahme gezwungen, dass bei diesen Individuen ein sehr labiles Nervensystem besteht.

Anschliessend daran möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass meine Patientin ebenfalls bei geringfügigen Einwirkungen auf die Haut sehr energisch reagirt. Bei Untersuchung der Sensibilität der Haut mit einer Nadel, trat an jedem einzelnen Nadelstiche eine ziemlich bedeutende Transsudation und Infiltration des Gewebes ein, so dass in kurzer Zeit unter meinen Augen jeder einzelne Nadelstich zu einer etwa linsengrossen typischen Quaddel sich umwandelte, die vielleicht im Laufe einer Stunde zurückging.

Aus den angeführten Erscheinungen glaube ich in meinem Falle mit Bestimmtheit die Selbstbeschädigung ausschliessen zu dürfen.

Will man nun eine Erklärung der eben geschilderten Affectionen geben, so wird man in erster Linie darauf zurückkommen müssen, dass das Nervensystem dabei eine grosse Rolle spielt.

Von den einzelnen Autoren wurden verschiedene Deutungen dieses Processes versucht.

Hallopeau[1]) glaubte in einer Beobachtung eine Störung der trophischen Innervation als Ursache ähnlicher Erscheinungen anschuldigen zu müssen. Von andern wurde aus der klinischen Aehnlichkeit der Hautaffection bei der Neuritis ascendens auf das Bestehen der gleichen Ursache in den Fällen von spontaner, acuter multipler Gangrän geschlossen. Von Rothmann und Köbner[2]) rühren Beobachtungen her, in welchen die multiple Hautgangraen auf eine Arteriosclerose zurückzuführen wäre. Von Demme[3]) wurde im Anschlusse an ein Erythema nodosum mit Purpura eine acute multiple Haut-

[1]) Sur un cas de dermatite bulleuse du bras survenue sous l'influence d'un vésicatoire permanent. Ann. de Derm. et de Syph. 1893 p. 1288.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1890. Nr. 23 p. 504.

[3]) Fortschritte der Medicin. 1888. Nr. 7.

gangrän beobachtet, die jedoch nur die bereits pathologisch veränderten Hautbezirke befiel.

In Anbetracht, dass bei der Mehrzahl der analogen Affectionen trophopathische Störungen der Krankheit zu Grunde gelegt wurden, ferner dass in meinem Falle keine Anhaltspunkte für eine Selbstbeschädigung zu finden sind, glaube ich auch hier, dass die Krankheit auf einem trophoneurotischen Processe beruht.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik des Prof. Dr. M. Kaposi in Wien.

Histologische Studien über das Eczema marginatum (Hebra).

Von

Phil. u. Med. Dr. **Eduard Spiegler,**
Docent an der Wiener Universität und klinischer Assistent.

(Hierzu Taf. VII—IX.)

Unter obigem Namen hat Ferdinand Hebra eine besondere Form des Eczems beschrieben, und dessen klinische Verhältnisse so klar dargelegt, dass es überflüssig erscheint, auf dieselben hier des Näheren einzugehen, da sie längst Gemeingut aller Dermatologen sind. Bekanntlich ist der Erreger des Eczema marginatum, der Trichophyton tonsurans (Pick, Kaposi), dessen ätiologische Bedeutung bei diesem Processe auch von Hebra später zugegeben wurde, wenn auch er, so wie wir noch heute, andere Processe (Trichophytia capitis, Herpes tonsurans), die gleichfalls durch diesen Pilz hervorgerufen werden, von dieser Affection klinisch scharf auseinander halten.

Während die klinische Seite dieser Krankheit somit entsprechend erhellt ist und namentlich auch in therapeutischer Richtung eine Reihe von Publicationen vorliegt, so besitzen wir doch über die pathologische Anatomie derselben meines Wissens keine näheren Untersuchungen. Es liegt nur eine Angabe vor von Hebra, Kaposi (Lehrbuch der Hautkrankheiten von Hebra und Kaposi 2. Auflage p. 490), derzufolge das Eczema marginatum auf eine Zellwucherung mit interstitiellen Mycelien zurückzuführen ist. Ich habe daher unternommen in einer Reihe

von Untersuchungen die histologischen Verhältnisse beim Eczema marginatum näher kennen zu lernen und will gleich bemerken, dass die Angabe Hebra-Kaposi's, nach welcher wir es hier mit einer Zellwucherung zu thun haben, vollkommen richtig ist, dass jedoch das anatomische Bild, wie wir weiter unten sehen werden, hiemit durchaus nicht erschöpft wird. Es ergeben sich vielmehr hiebei recht mannigfaltige Bilder, die untereinander in genetischem Zusammenhange stehen dürften.

Bei Betrachtung von Schnitten von Eczema marginatum bekommen wir die verschiedensten Bilder. Man muss eine grosse Anzahl von Schnitten durchsehen und verschiedene Stellen in den Bereich der Untersuchung ziehen, um aus den diversen Bildern den biologischen Zusammenhang zwischen ihnen zu erkennen.

Zwischen den Stellen, die eine normale Hornschichte aufweisen, sieht man auch solche, die eine veränderte Hornschichte haben, indem im Gegensatze zur ersteren sowohl Zellgrenzen als auch Zellkerne sichtbar sind. Es sind dies Bilder, die auch beim gewöhnlichen chronischen Eczem bekannt sind. Eine Erklärung hiefür ergibt sich aus dem klinischen Verlaufe des Eczema marginatum, indem einerseits dadurch, dass die Epidermis serös durchtränkt ist, dieselbe nicht im vollen Masse normal verhornen kann, andererseits weil die Zellen bei der raschen Regeneration der Epidermis so früh an die Stelle des Stratum corneum gelangen, dass sie daselbst noch nicht vollkommen verhornt sind. Zwischen solchen veränderten Hautstellen findet man nun Knötchen von mannigfacher Gestalt und mannigfachem Bau.

Um eine klare Vorstellung über die Bildungsweise des Knötchens zu bekommen, ist es zweckmässig, zunächst die dem Knötchen benachbarten, scheinbar noch normalen Stellen zu betrachten.

Man findet daselbst eine mässig dicke Hornschichte, an welche sich direct die Zellen der Körnerschichte anschliessen, in welchen das Keratohyalin nicht vermehrt ist.

In der Richtung zum Knötchen hin ändert sich das histologische Bild nun ausserordentlich. Zunächst sehen wir in der Hornschichte die bereits angedeuteten Verhältnisse auf-

treten und entsprechend dem Knötchen erhebt sich ein hügelförmiges Gebilde, das folgende Structur besitzt:

Bei schwacher Vergrösserung hat es den Anschein, als ob einfach das Stratum corneum selbst sich als Knötchen erheben würde. Jedoch schon bei dieser Vergrösserung lässt sich bei genauer Betrachtung zwischen dem, dem Knötchen auflagernden Stratum corneum und dem Knötchen selbst, ein gewisser Unterschied an mit Pikrocarmin gefärbten Präparaten wahrnehmen; während das Stratum corneum etwas dünkler gefärbt erscheint, indem es mehr vom Carmin aufgenommen hat, ist das Knötchen selbst lichter gefärbt und hat mehr Pikrinsäure aufgenommen. Nach der Oberfläche zu, wird das Knötchen bedeckt von einer dünnen Hornlage.

Bei stärkerer Vergrösserung sieht man, dass der Inhalt des Knötchens aus sehr abgeflachten Zellen zusammengesetzt ist (Fig. 1), deren Grenzen man nur hie und da wahrnehmen kann, in denen aber immer ein länglicher, spindelförmiger Kern sichtbar ist. Nach oben zu gehen diese Zellen in eine Lage von verhornten Epidermiszellen über.

Das Knötchen in diesem Stadium besteht somit aus einem Zellenconglomerate, das aussen von der Hornschichte überkleidet wird. Unter dem Knötchen ist weder eine Vermehrung der Zellreihen der Körnerschichte, noch auch eine solche des Keratohyalins sichtbar. Stellenweise ist dasselbe sogar vermindert. Der Uebergang von Keratohyalin hältigen Zellen der Körnerschichte zum Knötchen geht an manchen Stellen unvermittelt vor sich, ebenso wie bei normaler Haut.

Zu bemerken ist noch, dass ich solche Knötchen, die ausschliesslich aus gewucherten Retezellen bestehen, nur in sehr geringer Zahl gefunden habe. Viel häufiger fand ich anders gestaltete Knötchen, die jedoch mit den geschilderten Knötchen in genetischem Zusammenhange stehen dürften. Es sind dies Knötchen, welche dieselbe Grösse haben, wie die eben beschriebenen und in denen schon bei schwacher Vergrösserung an mit Doppelfärbungen hergestellten Präparaten manche Unterschiede von jenen sichtbar werden (Fig. 2). Während die äussere Partie bei mit Pikrocarmin gefärbten Präparaten sich ganz gelb färbte, konnte man in den tieferen

Partien des Knötchens eine differente Färbung wahrnehmen. Es stellt sich nämlich heraus, dass die untere Partie ebenso wie der ganze Inhalt des ersten Knötchens aus abgeflachten Epidermiszellen besteht, in denen noch spindelförmige Kerne vorhanden waren. Nach aussen zu verschwinden fast vollständig die Zellgrenzen und die spindelförmigen Kerne, und man erhält eine nahezu homogene Masse.

Jetzt wollen wir nun an die Beschreibung eines anderen Knötchens herangehen, welches, wie sich ergeben wird, wieder im genetischen Zusammenhange mit dem eben beschriebenen Knötchen steht. Während wir in diesem noch in der an das Stratum granulosum angrenzenden Partie Zellgrenzen sahen, sind sie nun auch hier vollkommen verschwunden, so dass das ganze Knötchen eine Protoplasmamasse, in der Zellkerne eingelagert sind, also ein Syncytium bildet, das von aussen mit einer noch intacten, oder stellenweise in Abstossung begriffenen Hornschichte bedeckt ist.

Es fragt sich nun, ob wir berechtigt sind, diese homogene Masse auf Zellen zurückzuführen oder nicht.

Wenn wir den successiven Uebergang derjenigen Partie, an welcher noch Zellgrenzen sichtbar waren, in die homogene Masse betrachten, so scheint der Schluss vollständig gerechtfertigt zu sein, dass auch jene Masse früher aus Zellen bestanden hat. Zur Stütze dieser Ansicht standen uns noch zwei Wege zur Verfügung, die uns zugleich auch über die chemische und histologische Natur dieses Knötchens weiteren Aufschluss gaben.

Zuerst liess ich auf einen Schnitt mit einem derartigen Knötchen schwache Kalilauge längere Zeit einwirken. Das Ergebniss war in der That ein sehr interessantes. Es stellte sich nämlich heraus, dass der ganze Inhalt des Knötchens, die homogene Masse mit inbegriffen, in Zellen sich auflöste (Fig. 3); dies aber war früher nur in der unteren Partie des Knötchens auch schon bei schwacher Vergrösserung ohne specielle Behandlung sichtbar. Diese durch Kalilauge sichtbar gemachten Zellen sind in Bezug auf Grösse und Form, wie aus der Abbildung hervorgeht, nichts anderes, als Epithelzellen.

Um über die Natur dieser Zellen weiteren Aufschluss zu gewinnen, war es nöthig darüber sich zu orientiren, ob dieselben Producte der Verhornung darstellen oder nicht.

Verdauungsversuche, die ich mit Schnitten durch solche Knötchen mit 1‰ Salzsäure, der ich eine entsprechende Menge Pepsin zusetzte, sowohl bei Zimmertemperatur (Hochsommer) als auch im Brutofen in grösserer Zahl angestellt habe, ergaben, dass der ganze Inhalt des Knötchens unter Intactlassung der dasselbe bedeckenden Hornschichte vollkommen verdaut wird (Fig. 4). Folglich haben wir es hier nicht mit Producten der Verhornung zu thun.

Wir sehen somit, dass der Inhalt des Knötchens sich in ein vollständiges Syncytium umwandelt, in dem folglich jedwede Zellgrenze verschwunden ist.

Während das Knötchen des weiteren nichts bemerkenswerthes bietet, finden wir aber um so interessantere Veränderungen im Rete.

Schon in Knötchen, deren Inhalt noch theilweise aus Zellen bestand, konnte man im Stratum granulosum manchmal Stellen wahrnehmen, in denen das Keratohyalin verschwunden war und wo die Zellen mehr abgeflacht waren. Dieser Vorgang ist in dem in Fig. 2 dargestellten Knötchen weiter gediehen und zwar so, dass bereits zwei deutliche Zelllagen des Stratum granulosum eine vollständige Abflachung erfahren haben und wie es sich aus dem Weiteren ergeben wird auf dem Wege zur Verhornung begriffen sind. Dieser Zellstreifen setzt sich unmittelbar fort in die benachbarte Hornschichte.

Wenn man nun eine grössere Anzahl von Knötchen studirt, so lassen sich die weiteren Stadien der Bildung der Hornschicht unter dem Knötchen sehr schön verfolgen. Man sieht (Fig. 3) nämlich die Zahl der abgeflachten Zellstreifen grösser werden, die Zellkerne nehmen eine mehr spindelförmige Gestalt an, stellenweise werden sie ganz unsichtbar und wir erhalten nach und nach unter dem Knötchen eine ziemlich dicke Hornschichte, die sich direct und unmittelbar in das Stratum corneum der benachbarten Hornschichte fortsetzt (Fig. 6 und 7),

so dass zwischen diesem Streifen und jenem Stratum corneum kein Uebergang sichtbar ist.

Es kommt auf diese Weise ein Abschluss des Knötchens gegen das Rete Malpighii zu Stande, welcher aus einer soliden Hornlage besteht. Gleichzeitig tritt unter jener Hornschichte neuerdings Keratohyalin auf. Das Knötchen aber wird, wie man an einigen Präparaten sehen kann, emporgehoben und abgestossen (Fig. 3). Es bildet sich somit gleichzeitig mit der Entstehung und der nachfolgenden Abstossung des Knötchens unterhalb desselben eine neue Hornschichte.

Wir haben bis jetzt mehrere verschiedene Formen von Knötchen beschrieben, deren Bau mit einander nicht ganz übereinstimmte und dabei haben wir der Vermuthung Raum gegeben, dass es sich um einen genetischen Zusammenhang zwischen diesen Knötchen handle, d. h. dass eine Form aus der andern hervorgegangen sei.

Diese Vermuthung stützte sich vornehmlich darauf, dass an der Grenze zwischen denjenigen Stellen der Knötchen, in denen man noch abgeflachte und distincte Zellen sehen konnte und der homogenen Masse, die wir in den zwei letzt erwähnten Knötchen beschrieben haben, deutliche Uebergänge zu sehen waren. Folgender Punkt aber ist geeignet, diese Vermuthung noch mehr zu erhärten — es ist dies die unter dem Knötchen sich neu bildende Hornschichte.

Dieselbe fand ich hauptsächlich nur unter solchen Knötchen, deren Inhalt ausschliesslich aus dem beschriebenen Syncytium bestanden hatte, dagegen fehlte sie constant (Fig. 1) bei den erst beschriebenen Knötchen, das sind solche, deren Inhalt noch deutlich als aus Zellen bestehend sich erwiesen hatte. In dem Masse nun, als sich unter dem Knötchen die neue Hornschichte zu bilden anfängt, wird der Inhalt des Knötchens mehr und mehr homogen. Wir sehen somit, dass diese beiden Vorgänge synchronisch sind, dass entsprechende Stadien der Hornbildung mit denjenigen der Syncytiumbildung zusammenfallen.

Nachdem aber durch die Verdauungsversuche festgestellt worden ist, dass wir es nicht mit Hornsubstanz als Inhalt des Knötchens zu thun haben, so fragt es sich: Wieso kommt es,

dass Epidermiszellen, die an einer Stelle sich befinden, die der Verhornung sonst anheimfällt, hier nicht verhornt werden.

Die Erklärung dieser Erscheinung ist, wie ich glaube, eine sehr einfache, indem hier Verhältnisse vorliegen, die, wie es scheint, identisch sind mit denjenigen, die wir an solchen normalen Hautstellen finden, die eine besonders dicke Hornschichte haben, ich meine die als „Stratum lucidum" bezeichnete Schichte, welche in bisher unwidersprochener Weise von Unna und nach ihm von Anderen als „basale Hornschichte" bezeichnet wurde.[1])

Das Stratum lucidum kommt bekanntlich nur an solchen Hautstellen vor, die eine besonders dicke Hornschichte haben und wo die Abstossung und daher auch der Nachschub der zu verhornenden Epidermiszellen ein nur sehr langsamer ist, so dass die Zellen während dieser Zeit einen Uebergang zum eigentlichen Verhornungsprocess durchmachen können.

Das Stratum lucidum stellt somit kein eigentliches besonderes Stratum dar.

Beim Studium des Eczema marginatum an Hautstücken, die dem Bauche und der seitlichen Thoraxwand entnommen worden sind, findet man nur zwischen dem Knötchen, welches aus gewucherten Epidermiszellen besteht und dem Rete Malpighii einen schmalen Streifen, der sich tinctoriell genau so verhält wie das Stratum lucidum von normaler Fusssohle. Ja, wir fanden sogar Knötchen, deren ganzer Inhalt sich ähnlich verhielt.

Die Erklärung für diese Erscheinung ergibt sich einfach daraus, dass wir später an dieser Stelle eine Hornschichte sehen, deren Bildung, wie wir beschrieben haben, ausserordentlich langsam vor sich geht, so dass diese Zellen eine Zeit lang in einem Zustande zwischen verhornten und nicht verhornten Zellen verharren.

Das Syncytium aber kommt höchst wahrscheinlich so zu Stande, dass der das Eczema marginatum hervorrufende Pilz — Trichophyton tonsurans — eine derartige Verän-

[1]) In der nächsten Zeit hoffe ich in einer besonderen Abhandlung auf diese Frage zurückkommen zu können.

derung in den gewucherten Epidermiszellen des Knötchens, die ja gleichzeitig das Nährsubstrat für ihn abgeben, hervorruft, dass es zunächst zu chemischen Veränderungen im Protoplasma kommt und in weiterer Linie zur Verschmelzung der Zellen.

Ausser den bisher geschilderten Knötchen, welche einen bestimmten Entwicklungsgang in der Bildung der Knötchen des Eczema marginatum und so ein abgeschlossenes Ganzes darstellen, haben wir noch eine Art von Knötchenform hier in Betracht zu ziehen, die jedenfalls sehr eigenthümlich ist. Dieselben treten nicht als einzelne Knötchen auf, sondern aggregiren sich zu mehreren mit einander.

Gegen das Stratum granulosum sind dieselben durch eine breite Hornschichte bereits abgeschlossen, in der dieselben Veränderungen vorkommen, die wir bereits erwähnt haben und die im wesentlichen darin bestehen, dass die Zellen der Hornschichte noch wenig abgeplattet sind und dass spindelförmige Kerne noch deutlich sichtbar sind. Die in Rede stehenden Knötchen haben folgende Beschaffenheit:

Die Decke besteht aus einer verhältnissmässig mächtigen Hornschichte von indess wechselnder Stärke. Der Inhalt des Knötchens besteht gleichfalls aus einer homogenen Masse, aus der bei Behandlung mit Kali Zellgrenzen nicht hervortreten und die nichts anderes als Exsudat darstellt. In dieses ist dicht gedrängt ein kleinzelliges Infiltrat eingebettet.

Wenn wir solche Schnitte untersuchen, die eine solche zusammenhängende Knötchenserie tragen, so gewahren wir, dass diese Serie, beziehungsweise ihr Inhalt, in einzelne kleinere oder grössere Bezirke getrennt ist und zwar durch höchst merkwürdige Bildungen, deren Natur allerdings unschwer festzustellen ist.

Es erheben sich nämlich von der unteren Hornschicht, die die Knötchen gegen das Rete hin abgrenzen, einzelne Zelllagen, die nach aufwärts gerichtet sind und sich in der äusseren Horndecke verlieren.

Dieselben bestehen aus abgeflachten Epidermis-Zellen, in denen häufig spindelförmige Kerne sichtbar sind, sie weisen

also genau dieselben histologischen Veränderungen auf, die wir in der veränderten Hornschichte gesehen haben.

Diese Abgrenzung ist jedoch häufig keine vollständige. Von der unteren Hornschichte zweigen sich nämlich einzelne solche Zellagen ab, erstrecken sich in den Inhalt des Knötchens hinein und theilen denselben in kleinere Bezirke, in denen gleichfalls kleinzelliges Infiltrat eingelagert ist, die aber durch offene Lücken mit einander in Communication stehen.

Besonders betonen will ich, dass es sich hiebei um nichts anderes handelt, als um Abkömmlinge der unteren neugebildeten Hornschichte.

Eine Erklärung für diese merkwürdige Erscheinung vermag ich nicht zu geben.

Wie ist es nun zu erklären, dass, wie wir sehen, es einerseits Knötchen gibt, die unzweifelhaft aus Epidermiszellen aufgebaut sind, während wir andererseits Knötchen gefunden haben, die sich auf Zellen nicht zurückführen lassen.

Dieser auffallende Unterschied lässt sich aber, wie ich meine, sehr leicht erklären.

Indem wir sowohl in der Cutis als auch im Rete das Vorhandensein von kleinzelligem entzündlichen Exsudate, wie wir später sehen werden, constatiren können, ist es begreiflich, dass dieses auch ohne Anwesenheit eines Infectionskeimes (hier Trichophyton tonsurans) die Hornschichte zu einem Knötchen abhebt, so wie bei einem Eczema papulatum, während die Zellkerne durch nekrobitische Degeneration in Trümmer zerfallen.

Aber auch in solchen Knötchen, die auf Epidermiswucherung zurückzuführen sind, dringt das kleinzellige Infiltrat ein und es kommt in erster Linie zu einer Lockerung der Epidermiszellen, die das Knötchen zusammensetzen und des weiteren zu einem Zerfalle derselben, wobei die Lebensthätigkeit des Pilzes wohl auch mitwirken dürfte.

Welchen Veränderungen unterliegt nun während der Knötchenbildung das Rete Malpighii?

Dass das Keratohyalin stellenweise schwindet, stellenweise erhalten bleibt, haben wir schon erwähnt, ebenso, dass sich aus den obersten Zellagen dieser Schicht die neue Hornlage

bildet. Es handelt sich also nur um die Stachelschichte. Wenn wir auch an den Zellen selbst gar keine Veränderung wahrnehmen konnten, so erscheinen dieselben nichts destoweniger in Bezug auf die Lage zu einander in der Weise verändert, dass sie, wie dies ja auch von manchen anderen entzündlichen Processen der Haut bekannt ist, weit auseinander gedrängt sind und die Intercellularbrücken relativ verlängert erscheinen. In den Interstitien zwischen den Stachelzellen sieht man aber ausserdem noch vielfach spindelförmige Zellen eingestreut, die sich durch die Spalträume durchzwängen, um zur Epidermis zu gelangen (Fig. 8) und dann im Knötchen das zellige Infiltrat bilden. Dieses zellige Infiltrat, dessen wir bisher keine Erwähnung gethan haben, findet sich aber nicht in allen Knötchen. So sehen wir in dem als erstes Stadium beschriebenen Knötchen, welches nur aus gewucherten Epithelzellen besteht, hievon keine Spur. In den weiteren Stadien jedoch, in dem Masse, als jene Veränderungen im Rete Malpighii auftauchen, tritt in den Knötchen auch vereinzelt kleinzelliges Infiltrat auf. Die Herkunft dieser Zellen ist selbstverständlich das Corium, wo man ganze Schwärme von diesen Zellen, namentlich entlang der Gefässe, in den Papillen und in den verschiedensten Schichten der Cutis sieht, von wo aus dieselben in die Epidermis hineinwandern. Was die Bedeutung des kleinzelligen Infiltrates betrifft, bin ich der Meinung, dass dasselbe möglicherweise nicht zum primären anatomischen Krankheitsbilde des Eczema marginatum gehört, sondern, dass diese Entzündungserscheinungen Folge des länger bestehenden Reizes sind (Jucken und Kratzen und die durch letzteres hervorgerufene Entzündung), welcher durch den Process gesetzt wird.

Was die Localisation des Pilzes selbst anbetrifft, so habe ich denselben durch Behandlung der Schnitte auf dem Objectträger mit Kalilauge nachgewiesen. Ich fand denselben immer nur im Knötchen, nie sah ich einen solchen in das Rete Malpighii hineinwuchern, geschweige denn gar im Corium.

Epikrise.

Die Knötchen des Eczema marginatum kommen in mannigfacher Form vor.

1. Man findet Knötchen, deren Inhalt in toto aus spindelförmigen Zellen besteht.

2. In anderen Knötchen hat sich ein Theil des Inhaltes in ein Syncytium umgewandelt.

3. In einer dritten Form von Knötchen ist der ganze Inhalt in ein Syncytium umgewandelt.

4. Diese verschiedenen Formen stehen mit einander in genetischem Zusammenhange.

5. Das Syncytium besteht aus unverhornten Zellen, wie dies durch Behandlung mit Kalilauge und durch künstliche Verdauung bewiesen wurde. Die Bildung des Syncytiums dürfte auf die Lebensthätigkeit des Pilzes zurückzuführen sein.

6. Synchronisch mit der Bildung des Syncytiums entsteht unter dem Knötchen successive eine neue Hornschichte, durch welche das Knötchen abgehoben wird.

7. An manchen Körperstellen sieht man zwischen dem Knötchen und der Körnerschichte einen schmalen Saum, der als „Stratum lucidum" anzusprechen ist und zwar an Hautstellen, wo normaler Weise diese Schichte fehlt. Dies kommt daher, dass die Bildung der neuen Hornschichte ausserordentlich langsam vor sich geht.

8. Ausser den geschilderten Knötchen kommen noch solche vor, deren Inhalt aus geronnenem Exsudat besteht, in das ein zelliges Infiltrat und Zelltrümmer eingelagert sind. Dasselbe stammt aus der Cutis und dringt durch die erweiterten Spalträume in die Knötchen ein.

9. In solchen Knötchen sind einzelne Bezirke von einander getrennt durch Hornbalken, die von der neuen Hornschichte zur alten verlaufen.

10. Der Pilz findet sich nur im Knötchen und dringt niemals ins Rete, beziehungsweise ins Corium ein.

Schliesslich erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem ich meinem hochverehrten Chef und Lehrer Herrn Prof. Kaposi, für das weitgehendste Entgegenkommen, das er mir bei diesen Untersuchungen erwies, meinen herzlichsten Dank ausdrücke.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. VII—IX.

Fig. 1. Schnitt durch ein Knötchen von Eczema marginatum, zusammengesetzt aus spindelförmigen Zellen. *Kn* Knötchen. *Hrn* Hornschichte. *Krn* Körnerschichte. *Spz* Spindelförmige Zellen. Objectiv V. Ocular IV. Tubuslänge 135 Mm.

Fig. 2. Schnitt durch ein Knötchen, in welchem ein Theil der spindelförmigen Zellen bereits in ein Syncytium umgewandelt ist und unter welchem die Zellen der Körnerschichte (*Krn*) bereits eine Abflachung erfahren haben. *Syn* Syncytium. Die übrigen Bezeichnungen wie bei Fig. 1. Objectiv V. Ocular IV. Tubuslänge 135 Mm.

Fig. 3. Schnitte durch ein Knötchen, in dessen Syncytium durch Kalilauge die Zellgrenzen sichtbar gemacht worden waren. *Nhrn* Die sich bildende neue Hornschichte unter dem Knötchen. *Abk* Knötchen in Abstossung begriffen. Die übrigen Bezeichnungen wie oben. Objectiv V. Ocular IV. Tubuslänge 135 Mm.

Fig. 4. Schnitt durch ein Knötchen, welches der künstlichen Verdauung ausgesetzt worden war. *Vrd* Verdautes Knötchen. Sonst wie oben. Obj. I. Ocular IV. Tubuslänge 135 Mm.

Fig. 5. Schnitt durch ein Knötchen, dessen Inhalt sich vollkommen in ein Syncytium umgewandelt hat. Bezeichnungen wie oben. Object V. Ocular IV. Tubuslänge 135 Mm.

Fig. 6. Schnitt durch ein Knötchen, dessen Inhalt aus einer homogenen Masse besteht mit eingelagerten Zellresten; unter dem bereits eine solide neue Hornlage. *Hmg* Homogene Masse. *Nhrn* neugebildete Hornschichte. Objectiv IV. Ocular I. Tubuslänge 185 Mm.

Fig. 7. Schnitt durch eine Reihe von Knötchen, deren Inhalt durch Hornbalken getheilt ist. *Hrnb* Hornbalken. Objectiv II. Ocular IV. Tubuslänge 135 Mm.

Fig. 8. Theil eines Retezapfens mit angrenzendem Corium. Die Intercellularräume sind breiter; in dieselben Einwanderung von kleinzelligem Infiltrat. Objectiv VIII. Ocular IV. Tubuslänge 135 Mm.

Aus der k. k. dermatolog. Universitätsklinik des Prof. F. J. Pick in Prag.

Ueber die therapeutische Verwendbarkeit des Airols in der dermatologischen Praxis.

Von

Dr. J. S. Löblowitz,
Externarzt der Klinik.

Im Nachfolgenden will ich über die Verwendbarkeit des Airols, bei Behandlung der verschiedenen Haut- und Geschlechtskrankheiten berichten.

Wir haben in der Dermatologie keinen Mangel an Antisepticis in Pulverform, denn seit zuerst von unserer Klinik schon im Jahre 1874 [1]) das Jodoform mit so ausserordentlich günstigem Erfolge in die dermatologische Praxis eingeführt wurde, brachte uns fast jedes Jahr ein neues Mittel, welches das Jodoform zu ersetzen bestimmt war; so ausgezeichnet dasselbe auch wirkt, so haften ihm bekanntlich doch einige Mängel an, die seine Verwendung nicht überall und zu jeder Zeit angezeigt erscheinen lassen.

Man war daher bestrebt, Mittel zu finden, die ebenso gut wirken sollten wie das Jodoform, doch dessen schlechte Eigenschaften, zu denen bekanntlich insbesondere der unangenehme Geruch, seine Giftigkeit und Reizwirkung auf die intacte Haut gehören, vermissen liessen; so entstanden in bunter Reihe das Jodol, von Pick an Stelle des Jodoforms empfohlen, [2]) die Sozojodolpräparate, [3]) das Aristol [4]) und in jüngster Zeit das Nosophen [5]) und sein Natriumsalz, das Antinosin, [6]) die zwar geruchlos sind, und sich durch einen bisweilen sehr hohen Jodgehalt auszeichnen, aber doch das Jodoform zu ersetzen nicht im Stande waren, wahrscheinlich

weil die Art und Weise ihrer Jodabspaltung im menschlichen Körper eine nicht so intensive ist wie beim Jodoform.

Ein anderes, ebenfalls neueres Mittel, das aber kein Jod enthält, ist das Dermatol, welches bei der Besprechung des A. angeführt werden muss, weil es gleichsam dessen Vorläufer bildet. Das Dermatol, eine Verbindung von Wismuthoxyd und Gallussäure, wurde von Liebreich und Heinz[6]) dargestellt. Dasselbe sollte wegen seines Gehaltes an Wismuth auf Wunden und Geschwüren austrocknend und wegen seines Gehaltes an Gallussäure auch antiseptisch einwirken; das erstere ist richtig, denn das Dermatol besitzt, wie alle Wismuthpräparate, eine sehr gute adstringirende Wirkung, doch seine antiseptische Kraft scheint eine geringe zu sein; denn wie die Thierversuche von Zuntz und Frank[5]) ergeben, kann es bei der Anwendung von Dermatol selbst zur Entwicklung von Abscessen in den tieferen Gewebsschichten kommen.

Diesem Nachtheile des Dermatols suchte der Chemiker Dr. Lüdy dadurch abzuhelfen, dass er in dieses basisch-gallussaure Wismuth Jod einführte; er stellte dadurch (in der chemischen Fabrik von Hoffmann, Traub & Comp. in Basel) ein Präparat dar, das er Airol benannte und von dem er glaubte, dass es die guten Eigenschaften des Dermatols mit denen der Jodpräparate verbinde, ohne deren Uebelstände zu theilen.

Die chemischen Formeln des Dermatols und Airols lauten:

$$C_6H_2 \begin{cases} OH \\ OH \\ OH \\ COOH - Bi < \begin{matrix} OH \\ OH \end{matrix} \end{cases} \qquad C_6H_2 \begin{cases} OH \\ OH \\ OH \\ COOH - Bi < \begin{matrix} OH \\ J \end{matrix} \end{cases}$$

Dermatol enhält 52% Bi_2O_3 — Airol enthält 44·5% Bi_2O_3 u. 24·8% J.

Das A. ist ein graugrünes, feines Pulver, das geruch-geschmacklos und lichtbeständig ist; im Wasser löst es sich nicht, sondern zersetzt sich — in kaltem Wasser nur langsam, in solchem von Körpertemperatur ziemlich schnell, in heissem fast augenblicklich — in ein gelbrothes Pulver, eine noch stärker basische Wismuthoxyjodidverbindung; es wird also bei diesem Processe Jod frei; dasselbe geschieht natürlich, wenn

A. feuchter Luft ausgesetzt wird — hier nur sehr langsam — oder wenn es auf Wunden oder Geschwüre gebracht, mit dem Wundsecrete oder Eiter in Berührung kommt, wie noch weiter unter näher erörtert werden soll; löslich ist A. nur in Natronlauge und verdünnten Mineralsäuren.

Von Haegler[7]) wurde das A. in bakteriologischer und toxikologischer Hinsicht einer gründlichen Untersuchung unterworfen; er machte seine Versuche an verschiedenen Thieren und suchte überdies seine Ergebnisse durch Controlversuche mit Dermatol und Jodoform anschaulich zu machen; diese von Haegler sehr subtil durchgeführten Untersuchungen ergaben nun, dass die Giftwirkung des A. für Thiere bei jeder Anwendungsart viel geringer ist als die des Jodoforms und dass sie bei der gewöhnlichen Darreichung auf Wunden und Geschwüre gewiss auch für den Menschen nicht in Betracht kommt.

Haegler begnügte sich jedoch nicht mit den Thierversuchen, sondern wendete das A. auch gleichzeitig bei den Patienten der chirurgischen Poliklinik in Basel in ausgedehntem Masse an (bei ca. 800 Personen) und zwar sowohl bei frischen (durch die Operation gesetzten) Wunden. als auch bei Verletzungen, acuten und chronisch-entzündlichen Processen, nach seiner Angabe mit ausgezeichnetem Erfolge; er hebt insbesonders dessen antiseptische und austrocknende Wirkung, das Fehlen einer jeden Hautreizung in der Umgebung der Wunde, sowie deren schöne Narbenbildung hervor.

Desgleichen sprach sich Veiel auf dem V. Congresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Graz[8]) in aller Kürze lobend über die Verwendbarkeit des A. in der dermatologischen Praxis aus.

Zufolge dieser Empfehlungen wurde das A. auch auf unserer Klinik in Gebrauch gezogen, und es wurde mir von Seite meines Chefs, Herrn Professor F. J. Pick, der Auftrag ertheilt, über die Erfahrungen, die wir mit dem A. speciell bei Behandlung der Hautkrankheiten und venerischen Affectionen gemacht, zu referiren.

Wir wendeten das A. in ausgedehntem Massstabe an und zwar sowohl bei dem klinischen Materiale als auch bei den poli-

klinisch behandelten Fällen; doch werden im Nachfolgenden nur die Krankengeschichten solcher Patienten gebracht, bei denen das A. während der ganzen Dauer ihrer klinischen Behandlung in Verwendung stand; es sind das, wenn man will, ausgewählte Fälle; ausgewählt jedoch nur in dem Sinne, als nur solche Kranke vorgeführt werden, bei welchen man unter der Anwendung des A. zu einem Resultate, sei es im positiven, sei es im negativen Sinne gekommen war, während die überaus zahlreichen übrigen Fälle, welche also nur kurze Zeit behandelt wurden oder bei denen das A. in der Behandlung der Krankheit eine untergeordnete Rolle spielte, nur bei der allgemeinen Beurtheilung über die Wirksamkeit des Mittels in Betracht gezogen wurden.

Ich lasse also die Krankengeschichten ihrer klinischen Zusammengehörigkeit nach in Gruppen geordnet folgen und werde mir dann erlauben, bei jeder einzelnen meine Schlüsse zu ziehen.

A. Scleroses initiales exulceratae.

1. S. F., 32j. Fleckputzer, Pr.-Nr. 7613, eingetreten am 1. Juni: Ulcus indurat. in facie extern. praep. Das Geschwür ist über kreuzergross und mit einem missfärbigen Belage bedeckt; 2 Juni: Airolpulver, graues Pflaster; 5. Juni: Der missfärbige Belag geschwunden, das Geschwür rein und mässig secernirend; 14. Juni: Das Geschwür verkleinert sich; 20. Juni: Das Geschwür überhäutet.

2. K. F., 38j. Arbeiter, Pr.-Nr. 7653, eingetreten am 1. Juni: Ulcus phagedaen. indurat. glandis, Scleradenitis inguin. bilateral; das Geschwür misst 2 Cm. im Durchmesser und ist mit einem graugelben, dicken, festhaftenden Belage versehen; 2. Juni: Airolpulver, graues Pflaster, „locale Inunctionscur à 2 Gr.“; 6. Juni: Das Geschwür vom Belage frei, rein; 12. Juni: Das Geschwür beginnt zu granuliren; 23. Juni: Geschwür überhäutet.

3. M. F., 20j. Tapezierergehilfe, Pr.-Nr. 7822, eingetreten am 4. Juni: Sclerosis exulcer. glandis et in facie int. praep.; 5. Juni: Airolpulver, graues Pflaster; 9. Juni: Geschwür rein; 13. Juni: Geschwür beginnt zu granuliren; 23. Juni: Geschwür geheilt.

4. M. W., 21j. Kutscher, Pr.-Nr. 9202, eingetreten am 2. Juli: Ulcus phagedaenicum von über Thalergrösse am Dorsum penis und ein linsengrosses Ulcus induratum in sulco retroglandul. Auslöffelung der unterminirten Ränder des phagedaen. Ulcus, Airolpulver, Airolgaze; 7. Juli: Das Ulcus phagedaen. rein, das indurirte Geschwür im Sulcus unverändert; 16. Juli: Das ulcus phagedaen. schön granulirend, bedeutend verkleinert;

3. August: Das Ulcus phagedaen. überhäutet, das Geschwür im Sulcus rein, granulirend; 8. August: Auch das Geschwür im sulcus geheilt.

5. W. R., 26j. Reisender, Pr.-Nr. 10633, eingetreten am 3. August: Ulcus phagedaenic. indurat. ad radicem penis, Scleradenitis inguinal. bilateralis. Das Ulcus ist zweithalergross, mit einem diphther. festhaftenden Belage versehen, am hinteren Rande deutliches Fortschreiten der Ulceration; 3. August: Airolpulver, Airolgaze, „locale Inunctionscur à 2 Gr.“ 9. August: Der Substanzverlust rein, beginnt zu granuliren; 18. August: Das Geschwür mit Granulationen ausgefüllt, auf die Hälfte verkleinert; 25. August: Das Ulcus fast ganz überhäutet; Entlassung.

6. H. G., 39j. Kaufmann, Pr.-Nr. 10838, eingetreten am 7. August: Ulcera multiplicia indurata in facie int. praeputii; 8. August: Airolpulver, graues Pflaster, locale Inunctionscur à 2 Gr.; 17. August: Die Geschwüre rein. granulirend; 29. August: Die Geschwüre verheilt.

7. J. F., 46j. Seilerswitwe, Pr.-Nr. 13217, eingetreten am 7. September. Die ganze freie Kante der linken Nymphe sowie die untere Commissur eingenommen von einem eitrig-belegten Substanzverluste auf derber Basis: Sclerosis exulc., Scleradenitis inguin.; 7. September: Airolpulver, graues Pflaster; 11. September: Das Ulcus rein; 16. September: Das Geschwür beginnt zu granuliren; Auftreten des Exanthems; 20 September: Geschwür ausgranulirt, auf die Hälfte verkleinert; Entlassung. 30. September: Pat. stellt sich vor, ist local geheilt.

8. H. J., 26j. Schuhmacher, Pr.-Nr. 14349, eingetreten am 2. November: Sclerosis exulc. ad faciem internam praeputii, Paraphimosis, Scleradenitis inguin.; das Geschwür hat über 1 Cm. im Durchmesser, ist eitrig belegt; 5. November: Essigsaure Thonerde; 9. November: Oedem geschwunden; Airol, graues Pflaster; 12. November: Geschwür rein; 22. November: Geschwür verheilt.

9. N. A., 24j. Kutscher, Pr.-Nr. 14439, eingetreten am 4. November: Ulc. mltpl. indurata in sulco coron; Lymphaden subac. inguin. d.; 5. November: Airol, graues Pflaster, essigs. Thonerde; 12. November: Die kleineren Geschwüre verheilt, die grösseren beginnen zu granuliren; 19. November: Geschwüre verheilt.

10. K. J., 24j. Flösser, Pr.-Nr. 13621, eingetreten am 17. September; auf dem Aussenblatte des Präputiums ein $2^1/_2$—3 Cm. langes und $1^1/_2$ Cm. breites, eitrig-belegtes, indurirtes Geschwür: Sclerosis exulc., Scleraden. inguin. bilateral.; 18. September: Airolpulver, graues Pflaster; 22. September: Geschwüre rein; 10. November: Geschwür beginnt zu granuliren; 17. November: Geschwür bis auf eine linsengrosse Stelle überhäutet.

B. Papulae exulceratae ad genitale.

11. M. J., 21j. Taglöhner, Pr.-Nr. 7607, eingetreten am 1. Juni: Lues condylom., cutanea mac-pap. — squamosa; papulae exulc. ad genitale et ad anum; 2. Juni: Auf die exulcerirten Papeln ad genitale et ad anum: Airolpulver, graues Pflaster, sonst allgemeine Inunctionscur; 9. Juni: Die Papeln ad genitale et ad anum überhäutet.

12. U. F., 18j. Arbeiterin, Pr.-Nr. 13934, eingetreten am 23. September: Lues condylom. cutan. papulosa; papulae exulc. ad nymphas et ad labium sin., Sclerodenit. inguin.: Airolpulver, graues Pflaster, allgemeine Inunctionscur; 27. September: Die exulcerirten Stellen an den Nymphen rein und beginnen sich zu überhäuten; 9. November: Sämmtliche Ulcerationen ad genitale überhäutet.

C. Ulcera gummosa.

13. O. W., 12j. Holzhauerssohn, Pr.-Nr. 7272, eingetreten am 26. Mai: Lues hereditaria; am rechten Unterschenkel 3 thaler- bis zweithalergrosse, scharfrandige, mit Borken bedeckte Substanzverluste in Nierenform; Ungn. lithargyri, allgemeine Inunctionscur à 2 Gr.; 9. Juni: Auf die von den auflagernden Krustenmacsen befreiten, etwas belegten, tiefen Substanzverluste: Airolpulver, Airolgaze; 20. Juni: Die Substanzverluste rein, granulirend, bis auf kaum kronengrosse Herde verkleinert; die Granulationen fest, gross, theilweise luxurirend; vom 25.—30. Juni: 2 Touren von täglich je 0·5, 1·0, 1·5 Gr. Airol innerlich; 30. Juni: DasA. wird gut vertragen, Jod bereits 4 Stunden nach der Einnahme von 0·5 Gr. A. im Harne und Speichel nachweisbar; Stuhl schwarz, fest, täglich. Die Geschwüre am Unterschenkel verheilt. Vom 4.—7., 11.—13., 17.—19. Juli je eine Tour von 0·5, 1·0, 1·5 Gr. Ai. 20. Juni: Geheilt entlassen.

14. S. M., 28j. Dienstmädchen, Pr.-Nr. 13136, eingetreten am 5. September: Lues gummosa; auf dem rechten Vorderarme ein zweithalergrosser, mit Borken bedeckter Herd; nach deren Entfernung tritt ein tiefer, mit festhaftendem Belage versehener Substanzverlust entgegen: Airolpulver, graues Pflaster, allgemeine Inunctionscur; 12. September: Geschwür rein, beginnt zu granuliren; 29. September: Geschwür kreuzergross, kräftig granulirend; 9. November: Geschwür verheilt.

D. Ulcera specifica.

15. K. B., 22j. Kellnerin, Pr.-Nr. 8462, eingetreten am 15. Juni. An der linken Hymenalcarunkel und Nymphe 2 über hellergrosse, speckig belegte Substanzverluste; in der Crena ani eine tiefe, eitrig-belegte Rhagade. Ulcera specifica; 15. Juni: Touchirung mit dem Kupferstift, Airolpulver; 21. Juni: Die Ulcerationen rein, granulirend; 28. Juni: Geschwüre überhäutet.

16. K. A., 17j. Prostituirte, Pr.-Nr. 6883, eingetreten am 18. Mai: Ulcera specifica ad nymphas; wegen Menses unbehandelt; 25. Mai: Touchirung der Geschwüre mit dem Kupferstift; 30. Mai: Die Ulcera rein, granulirend; 8. Juni: Alle Ulcera überhäutet.

17. B. K., 18j. Prostituirte, Pr.-Nr. 13620, eingetreten am 17. September: Ulcera specifica follicularia perinei et in facie ext. labii dextri: Airolpulver; 20. September: Geschwür am Perineum rein, am rechten Labium noch belegt; 2. November: Beide Geschwüre verheilt.

18. M. M., 23j. Sträfling, Pr.-Nr. 14011, eingetreten am 25. September: Ulcera specif. ad nympham sin. 26. September: Airolpulver; 30. Sep-

tember: Der kleinere Substanzverlust abgeheilt, der grössere noch oberflächlich belegt; Cauterisation mit dem Kupferstift; Airolpulver; 3. November: Der Aetzschorf abgelöst, Geschwür rein granulirend; 8. November: Geschwür geheilt.

19. E. J., 52j. Bäcker, Pr.-Nr. 14002, eingetreten am 25. September: Auf dem Innenblatte des Präp. übergreifend auf den Sulcus und die Corona glandis ein über kreuzergrosses, mit einem diphtheritischen Belage bedecktes Geschwür: Ulcus specif. phagedaen. 26. September: Energische Reinigung des Geschwüres, Airolpulver, Airolgaze; 29. September: Der Schorf hat sich abgelöst, es tritt ein tiefer Substanzverlust zutage; 5. November: Das Ulcus durch Granulationen ausgefüllt, bedeutend kleiner; 17. November: Geschwür überhäutet.

20. B. O., 20j. Comptoirist, Pr.-Nr. 14007, siehe unter E. Nr. 28.

21. H. F., 19j. Schuhmachergehilfe, Pr.-Nr. 14588, eingetreten am 6. November: Ulcera multipl. ad faciem int. praeputii et in sulco coron. 7. November: Touchirung mit dem Kupferstift, Airolpulver; 10. November: Geschwüre rein, beginnen zu granuliren; 21. November: Die Substanzverluste überhäutet.

E. Lymphadenitides inguin. suppur.

22. H. J., 30j. Monteur, Pr.-Nr. 8591, eingetreten am 17. Juni: Ulcera multipl., Lymphadenitis inguin. suppur. bilateral; 19. Juni: Incision und Evidement beider Bubonen; Airolpulver. Tamponade mit Airolgaze; 6 Stunden nachher schon im Jod Harne nachweisbar; 2. Juli: 2. V. W., die Operationswunde links kräftig granulirend, rechts, in der Tiefe der Wunde sich abstossende Drüsenreste; 16. Juli: 4. V. W. Die Wunde links mit grossen, kräftigen Granulationen ausgefüllt, verkleinert, auch die Wunde rechts rein, beginnt zu granuliren; Patient wird mit einem Airolverbande entlassen. 25. Juli: Pat. stellt sich vor; die Operationswunden beiderseits verheilt.

23. R. A., 17j. Kaminfeger, Pr.-Nr. 8586, eingetreten am 17. Juni: Lymphadenitis inguin. suppur. sin. perfor. 19. Juni: Excision eines elliptischen Hautstückes aus dem ganseigrossen Tumor. Evidement mit dem scharfen Löffel, Airolpulver, Tamponade mit Airolgaze; 2. Juli: 2. V. W. Die Operationswunde kräftig granulirend, trocken; 16. Juli: Die Wunde abgeheilt.

24. S. J., 30j. Kaufmann, Pr.-Nr. 8796, eingetreten am 22. Juni: Lymphaden. inguin. suppur. dextra von Hühnereigrösse. 24. Juni: Incision und Evidement des Tumors, Airolpulver, Tamponade mitAirolgaze. 4. Juli. 2. V. W. Die Wunde ganz rein, trocken, beginnt sich mit kräftigen Granulationen auszufüllen. 18. Juli: Die Wunde mit Granulationen ausgefüllt; 25. Juli: Geheilt entlassen.

25. H. F., 19j. Schlosser, Pr.-Nr. 8451, eingetreten am 15. Juni. Ulcera multipl. ad marg. praeputii, Lymphadenitis inguin. supp. sin. 17. Juni: Cauterisation des Ulcus mit dem Paquelin, Airolpulver. 21. Juni: Incision und Evidement des Bubo, Airolpulver, Tamponade mit Airol-

gaze: 26. Juni: 1. V. W. Die Operationswunde mit einem grauweissen festhaftenden diphther Belage bedeckt. Excochleation der Wundhöhle, Auswischen derselben mit Sublimat 1000 und Jodtinctur; Jodoformpulver und Jodoformgaze; 27. Juni: Die Wunde rein, die Wundheilung nimmt weiter ihren gewöhnlichen Verlauf.

26. P. A., 23j. Malergehilfe, Pr.-Nr. 8401, eingetreten am 15. Juni: Ulcera multipl. ad frenulum; Lymphadenitis inguin. sin. Bubonulus in sulco coronario. 25. Juni: Incision und Evidement des Bubo und des Bubonulus. 2. Juli: 2. V. W. Die Bubowunde rein, beginnt kräftig zu granuliren, die Bubonuluswunde beinahe unverändert, aus derselben quillt reichlich Lymphe; Touchirung derselben mit 50% Arg. nitric. — Lösung. 8. Juli: Die Bubowunde überhäutet, die Bubonuluswunde verkleinert, Lymphorrhoe geringer.

27. H. G., 31j. Kaufmann, Pr.-Nr. 10838, eingetreten am 7. August: Ulcera multipl. indurat., Lymphadenitis inguin. suppur. sin. 8. August: Auf die Ulcera: Airolpulver, graues Pflaster, „locale Inunctionscur"; 19. August: Die Ulcera rein, mit Granulationen ausgefüllt. Incision und Evidement des Bubo. 29. August: Die Ulcera verheilt, die Bubowunde granulirt, kräftig; 7. September: Die Wunde ganz mit Granulationen ausgefüllt, bedeutend verkleinert. Mit Verband entlassen.

28. B. O., 20j. Comptoirist, Pr.-Nr. 14007, eingetreten am 25. September: Ulcera specif. partis pendulae penis, Lymphadenitis suppur. sin. Airolpulver, Ungn. lithargyri, essigs. Thonerde auf den Drüsentumor; 28. September: Die Geschwüre rein. Incision und Evidement des Bubo; Airolpulver und Tamponade mit Airolgaze. 6. November: Die Geschwüre verheilt; 1. V. W. Die Operationswunde chancrös; die Wundhöhle mit einem schwierigen, missfärbigen Belage bedeckt; Excochleation und Auswischen derselben mit Sublimat 1:1000 und Jodtinctur; Airolpulver, Airolgaze. 7. November: Die Wunde noch eitrig belegt; Airol ausgesetzt, Jodoform und Jodoformgaze; 8. November: Die Wundfläche rein.

29. H. L., 19j. Bräuergehilfe, Pr.-Nr. 13998, eingetreten am 25. September: Ulcus specif. indurat. praeputii; Lymphadenitis inguin. suppur. dextr; 30. September. Incision und Evidement der Drüsengeschwulst, Airolpulver, Tamponade mit Airolgaze; 14. November: 2. V. W.; Wundhöhle rein, kräftig granulirend; 24. November: Die Wunde bis auf eine linsengrosse Stelle überhäutet.

F. Varia.

30. Ch. M., 21j. Dienstmädchen, Pr.-Nr. 13861 (J. 1895); steht seit J. 1892 bei uns in Behandlung: Lues gummosa maligna; tiefe gummöse Ulcerationen ad nates, am Schädel und Tibien; bekam bereits ungeheuere Quantitäten Hg und J. mit sehr geringem Erfolge; vom 5. August bis 8. September: Airol in der Dosis von 1—3 Gr. pro die; der Stuhl während dieser Zeit schwarz, fest, täglich; die kraterförmigen Geschwüre

verkleinerten sich — local wurde Airolpulver und graues Pflaster angewendet — um die Hälfte; Auftreten von Rhinitis, daher mit Airol ausgesetzt.

31. W. W., 44j. Weber, Pr.-Nr. 13433 (J. 1895), eingetreten am 7. September 1895: Rhinosclerom; vom 25./6.—1./7. 2 Touren von täglich je 0·5, 1·0 1·5 Gr. Airol innerlich; Jod nach der Einnahme von 0·5 Gr. Airol 5 Stunden nachher im Harne nachweisbar; v. 4./7—6./7, 11./7—13./7 17./7—19./7., 23./7—25./7., 30./7—1./8., 6./8—9./8., 13/8—16./8., 20./8—23./8. je 0·5, 1·0, 1·5 Gr. Airol innerlich, ohne Beschwerden.

32. B. F., 51j. Taglöhner, Pr.-Nr. 12808, eingetreten am 9. August; Combustio escharatica dorsi manus et antibrachii dextri, Epilepsie, 10. August: Verband mit Borvaselinse. 20. August: Die Schorfe beginnen sich abzustossen, Trockenverband mit Airolpulver. 1. September: Die Affection am Vorderarm und Ellenbogen geheilt, am Handrücken bedeutend verkleinert, mit kräftigen, grossen theilweise luxurierenden Granulationen bedeckt; Tonchirung mit dem Argentumstift. 10. September: Die Wundfläche am Handrücken noch zweithalergross; mit Airol ausgesetzt, Argentumsalbe. 25. September: Geheilt.

33. P. V., Näherin, Pr.-Nr. 14796, eingetreten am 11. November; Dermatitis combust. primi, secundi et tertii gradus manus et antibrachii utriusque: Eröffnung der Blasen, Verband mit 10% Borvaseline. 18. November: Die nekrotischen Partien beginnen sich abzustossen; Trockenverband mit Airolpulver; 23. November: V. W. Die nekrotischen Partien haben sich abgestossen, die Wundflächen kräftig granulirend. 28. November: Die Wundflächen durch Ueberhäutung kleiner, namentlich rechts; die kleineren Wunden bereits überhäutet.

34. C. J., 16j. Schuster, Pr.-Nr. 14206, eingetreten am 29. September; Lupus nasi. 18. November: Zerstörung des häutigen Septums der Nase und der angrenzenden Haut und Schleimhaut mittelst des Paquelins Airolpulver. 26. November. Die Schorfe haben sich abgelöst, die Substanz — verluste rein; 30. November: Die Substanzverluste rein, granulirend, verkleinert; 2. December: Die Affection bis auf eine kleine Stelle verheilt.

35. H. E., 34j. Taglöhnerin, Pr.-Nr. 7956, eingetreten am 7. Juni: Lupus vulgaris faciei; 10. Juni: Zerstörung der Lupusherde mit dem Paquelin, Airolverband; 25. Juni: Die Schorfe haben sich ab gelöst, die Substanzverluste rein, granulirend; 7. Juli: Die Wundflächen grösstentheils überhäutet.

36. B. A., 13j. Maschinführerstochter, Pr.-Nr. 8602, eingetreten am 17. Juni: Lupus tumidus nasi; 27. Juni: Zerstörung der durch Salicylpflasterbehandlung bewirkten Einzelherde mit dem Thermokauter; Airoltrockenverband; 6. Juli: Die Schorfe haben sich abgelöst, die Wunden rein; 9. Juli: Unter dem Airolverbande bildet sich eine festhaftende Kruste über den Granulationen; 11. Juli: Ablösung der Kruste, darunter zeigt sich beginnende Ueberhäutung der Granulationen; 23. Juli: Geheilt entlassen.

Ad *A.* Wir behandelten die Initialsclerose auf folgende Weise: Zuerst wurde das Geschwür energisch mit Aether und einem Antisepticum (Sublimat 1 : 1000) gereinigt, dann kartenblattdick mit A. bestreut; darüber kam graues Pflaster; diese Procedur wurde zweimal täglich vorgenommen; nur wo die Geschwüre eine bedeutende Ausdehnung erreichten oder mit einer starken Schwellung der Lymphdrüsen verbunden waren, wurde auch vor dem Auftreten der Allgemeinerscheinungen die an unserer Klinik eingeführte „locale Inunctionscur" [9*]) eingeleitet.

Der Heilungsprocess eines so behandelten Geschwüres verlief gewöhnlich folgendermassen:

Am 2., längstens 3. Tage war das Geschwür von jedem Belage frei und die Secretion auf ein in den folgenden Tagen immer geringeres Mass herabgesetzt; die Geschwüre erschienen rein, trocken, glänzend, wie mit Lack überzogen, ohne eine Spur von Granulationsbildung zu zeigen; in diesem Zustande verblieb das Ulcus durch kürzere oder längere Zeit; dann erst erschienen Granulationen, welche den Substanzverlust ausfüllten.

Was die Heilungsdauer dieser so behandelten Fälle betrifft, beziehungsweise ob dieselbe eine kürzere ist als bei Anwendung des Jodoforms oder eines sonstigen Antisepticums, ist eigentlich, wenn sich die Schlüsse nur auf klinische Beobachtungen stützen, schwer zu entscheiden; denn, wie aus den diesbezüglichen Krankengeschichten zu entnehmen ist, variirt dieselbe schon bei diesen wenigen Fällen innerhalb bedeutender Grenzen, was einerseits von der Verschiedenheit des Zeitpunktes, in welchem das Geschwür zur Behandlung kam, andererseits von der Grösse und besonders von dem Sitze der Affection und den individuellen Verschiedenheiten der Kranken abhängt. Sehr lehrreich ist in dieser Beziehung der Fall Nr. 4, wo das auf dem Aussenblatte localisirte, phagedänische Ulcus schon längst verheilt war, während das im Sulcus coronar. sitzende, in einen Lymphsinus eindringende, nur linsengrosse Geschwür kaum erst die Tendenz zeigte, sich mit Granulationen auszufüllen.

Zur sicheren Entscheidung einer solchen Frage wäre es erwünscht gewesen, zwei so ziemlich gleich localisirte, an Grösse und Intensität gleiche Ulcera einmal der Behandlung mit A., das anderemal der mit einem anderen Antisepticum in Pulverform zu unterziehen; auch hier kämen natürlich noch die individuellen Eigenthümlichkeiten der Patienten in Betracht. Solche Vergleichsversuche anzustellen, waren wir leider nicht in der Lage; vielleicht wird es uns noch möglich sein, durch Versuche an Thieren dieser Frage näher zu treten. Aus diesem Grunde bleiben wir also auf die in früherer Zeit mit den verschiedenen Pulverantisepticis ermittelten Heilungsresultate angewiesen und in Rücksicht auf diese zahlreichen Erfahrungen können wir sagen, dass die Heilung dieser Geschwüre unter Anwendung des A. zumindest so rasch, vielleicht auch etwas rascher als unter Anwendung von Jodoform oder anderer pulverförmiger Antiseptica von statten geht; sehr gross ist die Differenz in dieser Beziehung jedoch nicht.

Ein besonderer Vortheil, der sich bei der Behandlung dieser Geschwüre mit A. zeigte, bestand darin, dass sich die eitrig belegten Substanzverluste sehr bald reinigten, also in der antiseptischen Wirkung des A.; zwar war dieselbe nicht derartig, dass sie irgend einen Einfluss auf das specifische Virus des Geschwüres gezeigt hätte, aber sie war jedenfalls genügend, um die zahlreichen fremden Mikroorganismen, durch deren nachträglicher Einwanderung der Eiterbelag der Geschwüre entsteht, vollständig zu vernichten. In den meisten Fällen zeigten die Ulcera am 3. Tage der Behandlung ein reines Aussehen; ja es schien sogar, als ob das A. auch auf Ulcera phagedaenica, beziehungsweise auf die Erreger derselben von Einfluss wäre; wenigstens waren wir in keinem der 4 Fälle, die wir dieser Behandlung unterzogen, genöthigt, wie dies sonst doch hie und da der Fall war, mit dem Paquelin oder einem Causticum einzugreifen, nur in dem Falle Nr. 4 wurde zur Entfernung der unterminirten Geschwürsränder der scharfe Löffel angewendet; sonst genügte — natürlich nach der rigorosesten Reinigung mit Aether und Sublimat 1 : 1000 und neben den anderen hygienischen und antiphlogistischen Massregeln — das Bestreuen des Geschwürs mit A. in dicker Lage.

Dieser Vortheil der schnellen Reinigung der Geschwüre, insbesondere der specifischen, ist nicht zu unterschätzen im Hinblicke auf den Umstand, dass die Betheiligung der Lymphgefässe und Lymphdrüsen an dem Processe umso eher hintangehalten wird, ja rascher die Reinigung der Geschwüre erfolgt und dass daher in prophylaktischer Hinsicht dadurch ein grosser Nutzen erreicht wird. Wir müssen dies bei Vergleich der Resultate der auf der Klinik behandelten Krankheitsfälle mit den theils in unserer, theils in fremder ambulatorischer Behandlung gestandenen und andersartig behandelten, besonders hervorheben. [9])

Ganz besonders in die Augen springend war die bei Anwendung des A. eintretende Beschränkung der Geschwürssecretion, d. h. die adstringirende Wirksamkeit des A; schon nach 24 Stunden war gewöhnlich die Secretion eine bedeutend geringere und nahm in den folgenden Tagen immer mehr ab. Hiefür gab das auf die Geschwürsfläche aufgestreute A. selbst den Beweis. A. hat nämlich, wie schon in der Einleitung gesagt wurde, die Eigenschaft, beim Zusammentreffen mit warmer Flüssigkeit durch Abspaltung eines Theiles seines Jodgehaltes sich in ein gelbrothes Pulver umzuwandeln; solange nun die Geschwüre stark secernirten, wie dies in den ersten 2—3 Tagen der Fall war, hatte das aufgestreute A. bei jedem Verbandwechsel vollständig seine Farbe geändert. In den nächsten Tagen dagegen blieb in dem Masse, als die Secretion der Geschwüre eine immer geringere wurde, stets ein immer grösserer Theil des A. unzersetzt; man hatte also in der Menge des unveränderten A. gleichsam einen Gradmesser zur Beurtheilung der Intensität der Geschwürssecretion.

Geringere Bedeutung besitzt das A. bei dieser Art von Geschwüren als granulationsbeförderndes Mittel; denn wie ich schon bei der Beschreibung des Geschwürsverlaufes hervorhob, blieb das Ulcus, nachdem es sich gereinigt hatte, mehrere Tage unverändert, ohne eine Spur von Granulationsbildung aufzuweisen. Erklärlich wird diese Erscheinung, wenn man die Aetiologie dieser Geschwüre, die Syphilis, in Betracht zieht. Solange eben die durch sie bedingten Initialaffecte noch nicht auf der Höhe ihrer Entwicklung angelangt sind, ist von der

Anwendung irgend eines Antisepticums nichts zu erwarten; dennoch können wir aus einer vergleichsweisen Abschätzung der Wirkungsweise der verschiedenen Pulverantiseptica sagen, dass bei Anwendung des A. die Granulationsbildung eine energischere ist als bei jeder andern Medication.

An dieser Stelle will ich auch gleich einen kleinen Nachtheil erwähnen, den die durch längere Zeit statthabende Bestreuung mancher Schleimhäute oder schleimhautähnlicher Flächen, z. B. des Präputiuminnenblattes, des Vestibulums u. a. mit A. mit sich bringt; während wir auf der intacten Haut niemals eine Reizwirkung des A. wahrnahmen, konnten wir beobachten, dass sich zuweilen, wenn die erwähnten Stelle sehr dick und durch längere Zeit mit A. bestreut wurden, die obersten Epithelschichten in dünnen Blättchen ablösten, beziehungsweise sich leicht ablösen liessen; es scheint die Abspaltung des Jods in statu nascendi diese oberflächliche, übrigens belanglose Verätzung hervorzurufen; wie ich glaube, tritt diese Erscheinung jedoch nur dann auf, wenn die Epithelien dieser Schleimhäute durch einen vorausgegangenen Process z. B. durch Zersetzung von Sekret oder eine medicamentöse Einwirkung macerirt und daher weniger widerstandsfähig sind. In einem solchen Falle brauchte man neben dem A. nur eine indifferente Salbe anzuwenden und das Epithel war binnen 24 Stunden vollständig regenerirt.

Es war uns dies gleichzeitig ein Fingerzeig, warum unter dauernder Anwendung des A. manche Substanzverluste, auch wenn sie ganz mit Granulationen ausgefüllt waren, sich so langsam mit Epithel überzogen, beziehungsweise bereits epithelisirte wieder wund wurden; wahrscheinlich wird das neugebildete, zarte Epithel durch das sich stetig abspaltende Jod theilweise verätzt und zerstört; wir wendeten daher auch, sobald das Ulcus rein und mit Granulationen ausgefüllt war, neben dem A. stets noch eine indifferente Salbe, z. B. ungut. Hebrae, an.

Ad *B.* Zu dieser Gruppe gehören die Fälle Nr. 11, 12, bei welchen sich zahlreiche exulcerirte, eitrigbelegte Papeln, in dem einen Falle auf dem Innenblatte des Präputiums und der Oberfläche der Glans, in dem anderen auf der Schleimhaut des Vestibulums, der Nymphen und Innenflächen der grossen

Labien vorfanden; binnen kurzer Zeit waren die Substanzverluste unter A., grauem Pflaster und der selbstverständlichen Allgemeinbehandlung geschwunden.

Ad *C.* Hieher gehören die Fälle Nr. 13 und 14. Die Therapie bestand in der localen Anwendung von A. und grauem Pflaster in Verbindung mit einer Allgemeinbehandlung (Innunctionscur und innerlicher Darreichung von Jodkali). Die Resultate waren ausgezeichnet; die Geschwüre reinigten sich in kürzester Frist, die sich bildenden Granulationen waren gross und fest und gelangten verhältnissmässig rasch zur Ueberhäutung; gerade bei den Fällen dieser Art war der Erfolg der A.-Behandlung ganz in die Augen springend und beruht jedenfalls zum nicht geringen Theile auf die Einwirkung des sich rasch abspaltenden Jods.

Ad *D.* Wie aus den Krankengeschichten dieser Gruppe zu entnehmen ist, bestand die Therapie solcher Geschwüre in Folgendem: Das Geschwür wurde zuerst sehr sorgfältig mit Sublimat und Aether gereinigt, dann sofort mit A. bestreut; nur wo der Belag sehr dick und noch festhaftend war, wurde zuerst mit dem Kupferstift oder dem Paquelin verschorft und nachher mit A. und A.-Gaze verbunden.

Der Verlauf dieser so behandelten Ulcera war in den meisten Fällen ein ganz zufriedenstellender; auch wo das A. allein angewendet wurde — allerdings geschah dies nur, wie erwähnt, bei geringfügigem Belage — reinigten sich die Geschwüre gewöhnlich binnen 2 Tagen, nur in Ausnahmsfällen war man genöthigt, noch nachträglich mit einem Causticum zu touchiren; waren einmal die Substanzverluste rein, dann füllten sich dieselben in der That sehr rasch mit grossen, kräftigen Granulationen aus, zu deren besserer Ueberhäutung neben dem A. das ungu. Hebrae mit Vortheil angewendet wurde.

Im Ganzen waren die Erfolge bei dieser Art von Geschwüren ähnliche wie bei Anwendung des Jodoforms; ein Unterschied zu Gunsten des A. zeigte sich nur in der durch das A. bewirkten kräftigeren Granulationsbildung. Schliesslich verlangt ja niemand, dass es mehr leisten soll als das Jodoform; es würde vollkommen genügen, wenn es diesem in seiner Wirkung nicht nachstehen würde; eine Mehrleistung des A.

müsste doch wohl darin bestehen, dass es auf das veranlassende Moment des Geschwüres, auf das specifische Virus, eine abtödtende Wirkung ausübe; derartiges kann man aber weder vom A. noch vom Jodoform behaupten; beide sind Antiseptica — in dieser Beziehung gebührt dem Jodoform, wie sich im Nachfolgenden noch zeigen wird, allerdings der Vorrang — sie wirken jedoch beide nur auf die an der Oberfläche der Geschwüre befindlichen, verschiedenen Mikroorganismen, gegen das specifische Virus sind sie beide machtlos; vielmehr besteht auch heute noch der Satz Picks zu Recht, dass man von einer specifischen Einwirkung irgend eines Antisepticums auf specifische Geschwüre — selbstverständlich auch auf syphilitische Initialaffecte — solange sich dieselben noch in stadio destructionis befinden, nichts zu erwarten habe.[9])

Die grössten Erfolge, beziehungsweise auch die grössten Misserfolge erzielten wir jedoch mit der Anwendung des A. bei der Nachbehandlung operirter Bubonen, wie die Fälle *D* zeigen. Die Operation, die natürlich erst vorgenommen wurde, wenn alle übrigen auf unserer Klinik gebräuchlichen Massregeln zur Rückbildung der Adenitis und zur Verhütung der Abscedirung nicht mehr ausreichten, bestand dann immer darin, dass man die fluctuirende Geschwulst ausgiebig spaltete, beziehungsweise ein elliptisches Hautstück ausschnitt, hierauf durch energisches Auskratzen mit dem scharfen Löffel womöglich alles Krankhafte entfernte; die Wundhöle wurde dann nach der entsprechenden Reinigung mit A. bestreut und mit A.-Gaze tamponirt; diese Verbände wurden das erste Mal nach 5, das zweite Mal nach 7 Tagen, die folgenden in noch grösseren Zwischenräumen gewechselt.

Bei diesen Fällen erwies sich das A. als ein vortreffliches Mittel, was nämlich seinen Einfluss auf die Secretion der Wunde und deren Granulationsbildung anbelangt; in diesen beiden Richtungen scheint das A. in Folge seines Gehaltes an Wismuth in der That mehr zu leisten als jedes andere Mittel; mit Ausnahme von 2 später noch zu erwähnenden Fällen konnte man bei allen übrigen schon beim ersten Verbandwechsel, also am 5. Tage, den Beginn der kräftigen Granulationsbildung constatiren; dabei waren die

einzelnen Granulationsknöpfchen von seltener Grösse und gesundem, frischrothen Aussehen.

Sehr deutlich trat auch die gute austrocknende Wirkung hervor, die Wunden präsentirten sich bei jedem Verbandwechsel so rein und trocken, als ob sie kurz vorher einer besonderen Reinigung unterzogen worden wären.

Trotz des bei diesen Fällen oft wochenlang dauernden Contactes des A. mit der Haut der Wundumgebung konnten wir doch niemals irgend eine Reizwirkung desselben auf die intacte Haut constatiren: wir sehen daher auf unserer Klinik seit Anwendung des A. von jedem Bestreichen der Wundränder mit Salben, die immer das ganze Wundterrain verunreinigten, vollständig ab.

Vielfach befragte ich die intelligenteren Patienten nach den subjectiven Erscheinungen, die durch das Aufstreuen des A. auf die offenen Wundflächen hervorgerufen würden: nach der übereinstimmenden Angabe verursacht das A. ein leichtes Brennen in der Wunde, das jedoch niemals so stark wurde, dass es von den Patienten als unerträglich geschildert worden wäre; auch hielt dasselbe niemals lange, höchstens eine halbe Stunde nach Anlegung des Verbandes an.

In Bezug auf die antiseptische Wirkung hat sich jedoch das A. nicht in allen Fällen bewährt. In 2 Fällen (siehe Nr. 25, 28) war es dem A. nicht gelungen, eine septische Infection der Wunde hintanzuhalten. In dem einen Falle bedeckte sich die Wunde unter dem A.-Verbande mit einem grau-weissen, festhaftenden diphtheritischen Belage, in dem zweiten wieder war die Wundhöhle beim ersten Verbandwechsel ganz mit einer schmierigen, pulpösen Gewebsmasse ausgefüllt. In dem ersten Falle wurde sofort mit dem A. ausgesetzt, der nekrotische Belag mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, die Wundhöhle mit Sublimat und Jodtinctur ausgewischt, dann mit Jodoform und Jodoformgaze verbunden; am nächsten Tage war die Wundfläche rein. In dem zweiten Falle verfuhren wir in gleicher Weise, nur dass man den Verband mit A. und A.-Gaze machte; am nächsten Morgen war jedoch die Wundfläche wieder belegt, weshalb man mit dem A. aussetzte und an dessen Stelle das Jodoform anwendete; binnen

24 Stunden war die Wunde rein und nahm fortan ihren normalen Wundverlauf.

Bei 3 Fällen (Nr. 13, 30, 31) versuchten wir das A. innerlich; wir verfolgten dabei weniger einen therapeutischen Zweck, vielmehr kam es uns hauptsächlich nur darauf an, zu untersuchen, ob und wie der menschliche Organismus das A. verträgt. Die Kranke Ch. Nr. 30 nahm das A. Wochen hindurch in Dosen von 1—3 Gr. täglich ohne jegliche Beschwerden; der Appetit war während dieser ganzen Zeit nicht im geringsten gestört; die Stühle waren zwar schwarz und fest, wurden jedoch täglich ohne künstliche Nachhilfe entleert; auch wurde das Medicament, in Wasser oder Milch suspendirt, ganz gerne von den Kranken genommen; es soll auch nach deren Angabe keine subjectiven Beschwerden verursachen.

Die Jodabspaltung ist bei innerlicher Darreichung jedenfalls eine rasche, denn bereits 4 Stunden nach der Einnahme von 1 Gr. A. konnten wir Jod im Harne nachweisen; dies kann eigentlich nicht sehr überraschen, wurde doch schon eingangs erwähnt, dass das A. beim Zusammentreffen mit Flüssigkeiten von Körpertemperatur ziemlich rasch einen Theil seines Jodgehaltes abgibt; eine Rolle spielt dabei jedenfalls auch der Salzsäuregehalt des Magensaftes, da das A., wie gleichfalls schon erwähnt wurde, in verdünnten Mineralsäuren löslich ist.

In Bezug auf die Frage, wie lange noch Jod nach Aussetzen des A. im Harne nachweisbar ist, konnten wir eruiren, dass erst am 5. Tage nach der Einnahme des letzten A.-Pulvers kein Jod mehr im Harne nachweisbar war, dass also bei langdauernder innerlicher Darreichung des A. dieselben Vorsichtsmassregeln anzuwenden sind, wie bei Verordnung des Jodkali, d. h. es darf auch nur intermittirend gegeben werden.

Uebrigens scheint es in den angewendeten Fällen einen ganz guten therapeutischen Effect gehabt zu haben, doch sind die Versuche diesbezüglich noch nicht abgeschlossen.

Weiters hatte ich Gelegenheit, das A. in mehreren Fällen von Brandwunden anzuwenden, darunter waren die 2 klinisch beobachteten Nr. 32 und 33 Verbrennungen 3. Grades; nach

entsprechender Reinigung der afficirten Stellen wurden dieselben in den ersten Tagen mit einem Salbenverbande (Borvaseline) gedeckt; erst wenn die nekrotischen Partien sich abzustossen begannen. wurde ein Trockenverband mit A. angelegt, der 5—8 Tage liegen blieb; die Kranken klagten nur während der ersten halben Stunde über leichtes Brennen in der Wunde, sonst wurde das A. sehr gut vertragen. In diesen Fällen bewährte es sich von neuem ganz ausgezeichnet als granulationsbeförderndes. insbesondere aber als austrocknendes Mittel. Die Granulationsbildung war eine so intensive, dass wir vollauf zu thun hatten, dieselbe mit dem Argentumstifte und Argentumsalbe in den gehörigen Grenzen zu erhalten. Zwar ist gerade bei dieser Art von Affectionen auch bei Anwendung des Jodoforms die Granulationsbildung eine bedeutende; doch heben sich gegen diese grossen, schwammigen Granulationen die mächtigen, derben bei A-Anwendung sehr vortheilhaft ab.

In gleich ausgezeichneter Weise wirkte das A. bei der Nachbehandlung von Lupusherden nach deren Verätzung mit dem Paquelin (s. Nr. 34, 35, 36); niemals kam es zu einer Infection unter dem Schorf, d. h. nach Abstossung desselben füllten sich die Substanzverluste ohne jede Eiterung mit gesunden Granulationen aus, die unter gleichzeitiger Anwendung einer Salbe sehr bald zur Epithelialisirung gelangten.

Aus dem reichen poliklinischen Materiale will ich nur die Fälle mit Ulcera cruris in Betracht ziehen. Bei diesen erzielten wir mit dem A. in Verbindung mit dem Salicylseifenpflaster Pick sehr schöne Erfolge, ohne dass die Patienten irgendwie in ihrem Berufe gestört gewesen wären. Unter einem solchen Verbande, der auch nur alle 5—8 Tage gewechselt zu werden braucht, hörten meistens die Schmerzen sofort auf. Die abundante Secretion der Geschwüre liess sehr bald nach, die letzteren reinigten sich in sehr kurzer Zeit und bedeckten sich mit gesunden Granulationen, während gleichzeitig die harten und callösen Ränder der Ulcera unter der resorbirenden Wirkung des Salicylseifenpflasters erweichten und schwanden.

Als besonderer Vortheil des A. gerade in der dermatologischen Privatpraxis muss dessen Geruchlosigkeit hervorgehoben werden; gilt ja heutzutage noch ein venerisches Leiden nicht bloss bei Laien, sondern sogar bei manchen Aerzten mehr als Schmach denn als Unglück; wurde nun dem unglücklichen Träger einer solchen Affection Jodoform verordnet, so hiess das soviel, als ihn gesellschaftlich unmöglich machen.

Fassen wir die Ergebnisse unserer Untersuchungen kurz zusammen, so müssen wir sagen: Das Airol ist ein Antisepticum, das für gewöhnlich vollständig ausreicht; bedarf man jedoch einer energischen antiseptischen Wirkung, so wird man doch wohl zum Jodoform zurückgreifen müssen; dagegen ist das Airol ein ausgezeichnetes Adstringens, es ist ferner geruchlos und sehr billig. Wir stehen daher nicht an zu erklären, dass das Airol einen dauernden Platz in unserem Arzneischatze verdient und sicherlich auch behalten wird, wenn es auch das Jodoform ganz zu verdrängen nicht im Stande sein wird.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Professor Pick, für die gütige Ueberlassung des Materials auch an dieser Stelle meinen besten Dank abzustatten.

Literatur.

1. Lažansky. Das Jodoform und seine therapeutische Verwendung. Arch. f. Derm. u. Syph. 1875. VII. 275.

2. F. J. Pick. Ueber die therapeutische Verwendung des Jodols. Arch. f. Derm. u. Syph. 1886. XVIII. 686.

3. Suchanek. Ueber die therap. Verwendbarkeit der Sozojodolpräparate. Arch. f. Derm. u. Syph. 1889. XXI. 904.

4. Eichhoff. Ueber die dermotherapeutische Wirkung des Aristols. Arch. f. Derm. u. Syph. 1890. XXII. 738.

5. Zuntz und Frank. Studien über die Wundheilung mit besonderer Berücksichtigung der Jodpräparate. Dermat. Zeitschr. Bd. II.

6. Heinz und Liebreich. Berl. klin. Wochenschr. 1891. Nr. 24. — Heinz, ebendaselbst 1891. Nr. 30 u. 1892 Nr. 47.

7. Haegler. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. XV. Heft 1.

8. Bericht des V. Congresses der Deutschen dermatol. Gesellschaft.

9. F. J. Pick. Behandlung und Prophylaxis der vener. Helkose. — Penzoldt und Stinzing. VI. Bd. 1895.

Notiz über angebliche Syphilis im Mittelalter.

Von

Prof. Dr. **Hermann Vierordt** in Tübingen.

In Friedr. Schnurrer's „Chronik der Seuchen“ (zweiter Theil, Tübingen 1825 p. 36) findet sich der Satz: „König Lotar † am 12. März 988 an einer venerischen, nicht pestilentialischen Beule, welche ihm von seiner Gemahlin mitgetheilt worden war.“ Diese Angabe ist ohne weiteren Commentar auch in Proksch's verdienstliches Werk „Die Geschichte der venerischen Krankheiten“ (erster Theil, Bonn 1895 p. 335) übergegangen. Schnurrer entnahm seine Stelle dem François Mezeray (1610—1683), in dessen „Abrégé chronologique de l'histoire de France“ (première partie, tome II., Amsterdam 1688 p. 449) es heisst: „ce fut un grand malheur dans la maison royale et un plus grand encore de ce que Lotaire mourut le 12 jour de mars l'année suivante (988) de quelque mauvais boucon, qui luy avoit esté donné par sa propre femme.“ Der „mauvais boucon“ ist aber keineswegs ein Bubo, eine venerische Beule, sondern ein vergifteter Bissen, wie jedes bessere, zumal ältere Lexicon ausweist. Unter Lothar's Bild (l. c. p. 433) stehen die Verse:

On ne peut arrester le cours des destinées;
J'estois religieux, brave, juste et prudent,
Et ne pus éviter le tragique accident
D'un boucon, dont ma femme accourcit mes années.

Ausdrücklich heisst es von Lothar's Ehe: „ce mariage estoit mal assorty." Und von seinem Sohn Louis (le fainéant), mit dem er einige Jahre zusammen regierte, ist gesagt (l. c. p. 450): „le pauvre prince finit ses jours de la mesme sorte que son père et par le crime de Blanche d'Aquitaine sa femme." Die Ansteckung mit einem Bubo, wofür übrigens nicht wohl einfach „donner" gebraucht werden würde, dürfte kaum jemals als ein eigentliches „Verbrechen" bezeichnet worden sein. Die erwähnte Notiz geht also die Geschichte der Syphilis nichts an und der in historischen und sprachlichen Dingen sonst so sorgfältige Proksch hätte dem Pseudo-Bubo keine Freistatt gewähren sollen.

Ueber Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart

und die praktische Bedeutung des Gonococcus.

Von

Dr. **Hammer** in Stuttgart.

Dieser Bericht soll einen Ueberblick geben über meine nunmehr zweijährige Thätigkeit als Polizeiarzt und Vorstand der Prostituirtenabtheilung in Stuttgart und besonders über die in diesem Zeitraum auf dem Boden Neisser'scher Anschauungen (Ueber die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituirtenuntersuchung D. Med. Wochenschr. 1890) gewonnenen Erfahrungen.

Die Prostitution setzt sich in Stuttgart zusammen aus den Inscribirten und den Strassendirnen.

Die Inscription ist stets eine freiwillige. Zwangscontrole wird nicht in Anwendung gebracht, sondern die Polizei bemüht sich, indem sie jede Gelegenheit benützt, die wilden Prostituirten festzunehmen und zu strafen, sowohl eine möglichste Beschränkung der freien Prostitution, als auch eine gewisse ärztliche Controlirung zu erzielen.

Die Zahl der Inscribirten ist hier im Vergleich zu anderen Städten einerseits eine sehr kleine, andrerseits eine sehr wenig schwankende, da für dieselben nur eine bestimmte Anzahl von Wohnungen zur Verfügung stehen. Hierdurch ist der Verdienst ein gesicherter und wie es scheint meist ziemlich hoher, so dass immer rasch Ersatz eintritt. Und so war auch im Jahre 1895 die Zahl der Ausgetretenen gleich der der Eingetretenen, nämlich 37; während der Bestand am 1. Januar, 1. Juli und 31. December gleich 29 Inscribirten war. Ausserdem wurden 19 Neugemeldete untersucht, aber nicht unter Controle gestellt.

Diese grosse Beschränkung der gesetzlichen Prostitution mag ihre Schattenseiten haben, den einen Vortheil aber hat sie ganz gewiss, dass dadurch eine äusserst strenge ärztliche Beaufsichtigung erreicht wird. So war es dem Verfasser auch möglich, die Neisser'sche Gonococcenuntersuchung die ganze Zeit hindurch in einer Häufigkeit und

Regelmässigkeit durchzuführen, wie es wohl noch an wenig Orten geschehen ist.

Da die Constanz des Materiales auch günstige wissenschaftliche Grundlagen bietet, soll unten in erster Linie über die Resultate der Gonococcenuntersuchung berichtet werden. Zunächst kann aber gerade zur Beurtheilung dieser Resultate eine Beschreibung der Art und Weise der Untersuchungen, wie sie sich bei mir herausgebildet hat, nicht entbehrt werden.

Die polizeiärztlichen Visitationen werden vorgenommen in einem sehr zweckmässig eingerichteten Parterreraume des Stadtpolizeigebäudes. Auf jeder Seite des Untersuchungsraumes befindet sich ein Wartezimmer, so dass die Inscribirten und die weiblichen Inhaftirten nicht in Berührung mit einander kommen.

Jede Inscribirte erscheint zweimal wöchentlich zur Untersuchung derart, dass ein Drittel aller Inscribirten Montag und Donnerstag, ein Drittel Dienstag und Freitag und ein Drittel Mittwoch und Samstag kommt.

Bei jeder Inscribirten wird wöchentlich einmal eine Untersuchung des Urethralsecretes auf Gonococcen vorgenommen, circa alle 4 Wochen statt dessen eine solche des Cervicalsecretes.

Die Untersuchung führe ich derart aus, dass ich, nachdem das Auge auf venerische Helkosen und Efflorescenzen in der Genital- und Analgegend gefahndet hat, einen schmalen Platinspatel mit stumpfer Kante [1]) in die Harnröhre gleiten lasse und denselben so herausführe, dass er das auf der Schleimhaut oder in den Drüsenöffnungen sitzende Secret fast vollständig mit herausbringen muss. Dieser Spatel, der sich bei den Untersuchungen ganz vorzüglich bewährt hat, ermöglicht es, von jeder Urethra, sei sie gesund oder krank, ein Präparat zu bekommen. Selbst direct nach dem Uriniren haftet immer noch genug Secret auf der Schleimhaut, so dass dieser Spatel geradezu die übertriebenen, weil undurchführbaren Forderungen überflüssig macht, die von gynäkologischer Seite (Luther über die Gonorrhoe beim Weibe, Volkm. Samml. 82/83) in anerkennenswerthem Eifer gestellt worden sind, wie z. B., dass man die Prostituirten 12—24 Stunden lang vor der Untersuchung in einem geeigneten Raume scharf bewachen soll, damit sie keine Secretspuren fortschaffen können.

Gerade dieser Untersuchungsmethode glaube ich eine gewisse Gleichmässigkeit sowohl der normalen als pathologischen Befunde danken zu müssen, so dass sie eine bessere wissenschaftliche Verwerthung gestatten. Vor einem löffelförmigen Instrument hat der Spatel den grossen Vortheil, dass man mit ihm das Secret direct auf den Objectträger übertragen kann, ohne es der Gefahr der vorzeitigen Eintrocknung auszusetzen. Nach der Untersuchung wird der Spatel zum Ausglühen über der Gasflamme auf ein entspr. Stativ gelegt und vor der Neubenützung in

---

[1]) Lieferant Carl Schmid, Königsstrasse 31, Stuttgart.

Wasser gekühlt. Die Untersuchung der über der Flamme getrockneten und gefärbten Präparate findet direct mit Immersion ohne Deckglas statt.

Vom Cervicalsecret wird das Präparat mittelst eines Platindrahtes unter möglichst tiefem Einführen des letzteren i. d. Cervicalcanal entnommen. Hier einen Löffel oder eine Aspirationsspritze zu benützen wäre wohl zuverlässiger, doch war mir dies bis jetzt zu zeitraubend. Seit neuerer Zeit benütze ich ebenfalls den Platinspatel, stumpfwinklig abgebogen und den Stiel mit einem Verlängerungsstück versehen, zum Herausschaben des Cervicalsecretes.

Für die Besichtigung der Rachenorgane bringt jede Inscribirte ihren eigenen Metallspatel mit. Ausserdem werden regelmässig nur noch die Handteller untersucht. Dagegen wird bei der Untersuchung von Neugemeldeten vollständige Entkleidung verlangt und hier jedesmal sowohl Urethral- als Cervicalsecret untersucht.

Alle für Beurtheilung des Gesundheitszustandes wichtigen Daten, der mikroskopische Befund etc. werden auf kleinen Zählbogen aufnotirt, auf denen überhaupt von jedem Controlletag ein Eintrag gemacht wird. Die Uebersicht über diese Notizen wird noch dadurch erleichtert, dass auf Gonorrhoe Bezügliches blau, auf Lues Bezügliches roth unterstrichen wird.

Auch ist von mir eine Tabelle für einige sociologisch interessante Fragen z. B. über die Gründe, die zur Prostitution geführt haben, angelegt worden, wie sie Fedorow (Arch. f. Derm. u. Syph. XXV, p. 395) für St. Petersburg angegeben hat.

Die übrigen Schreibereien sowie die Abstempelung der Bücher besorgt ein Schreiber im Nebenzimmer.

Die Inscribirten sind vorzüglich disciplinirt und kommt eine Unbotmässigkeit gegen den Arzt kaum je vor, ein Umstand, der mir bei diesem gemeinsten aller Gewerbe stets psychologisch interessant gewesen ist. Während sich die Inscribirten auf der einen Seite sehr gründlich mit der Vergewaltigung der Moral abgefunden haben, so dass selten eine Inscribirte vor der Zeit, d. h. ehe ihr die zunehmenden Jahre die Ausübung des Gewerbes schwerer machen, wieder in ehrbaren Erwerb eintritt, tragen sie doch andererseits, wie es scheint, nicht leicht an der Verachtung der Menschheit und sind deshalb bestrebt, sich, indem sie sich möglichst in Ordnung und Gesetz fügen, eine gewisse anständige und wohlwollende Behandlung zu sichern, die auch gewiss im Interesse der Sache liegt. Auch im Krankenhause zeichnen sich die Inscribirten fast immer durch mustergiltiges Verhalten aus.

Wird eine geschlechtliche Erkrankung constatirt, so findet sofortige polizeiliche Verbringung in das Hospital statt.

Bei nicht infectiösen Krankheiten wird den Inscribirten gestattet, sich in ihrer Wohnung behandeln zu lassen, doch für jeden Controltag ein ärztliches Zeugniss verlangt, welches den ausdrücklichen Vermerk enthalten muss, dass eine ansteckende Krankheit nicht vorhanden ist. Wenn bei Verdacht auf Gonorrhoe der Gonococcennachweis nicht glückt, tritt ambulante Behandlung auf der Polizei ein.

Alle Inscribirten sind gezwungen, einer Krankenkasse beizutreten, aus der dann die Kosten des Spitalaufenthaltes bestritten werden.

Die von der Polizei festgenommenen weiblichen Personen werden sämmtlich auf ansteckende Krankheiten untersucht, nachdem im Baderaume eine flüchtige Reinigung stattgefunden hat. Trotzdem macht Schmutz und übler Geruch die ärztliche Hantirung an diesen Personen, die oft eine ganze Atmosphäre von Gemeinheit und Liederlichkeit mitbringen, noch unangenehm genug.

Die Untersuchung beschränkt sich hier auf Besichtigung der Genital-, Analgegend und Handflächen, mikroskopisches Präparat des Urethralsecretes und Rachenuntersuchung.

Auch jede dieser Inhaftirten, von denen viele jeden Augenblick wieder auf der Polizei erscheinen, hat ihren eigenen Zählbogen, auf dem das Resultat der Untersuchung registrirt wird, wie bei den Inscribirten; und da hier bei Weitem häufiger Erkrankungen gefunden werden, sehen die Bogen meist recht bunt aus. Wird Einweisung ins Spital nöthig, so wandert der Bogen mit und erhält nach dem Austritt einen entsprechenden Vermerk.

Bei den Inhaftirten sind alle Stufen des Leichtsinns, der Verwahrlosung und Verworfenheit vertreten. Es erscheint hier das noch nicht deflorirte 15jährige Kind, das gerade im Begriffe steht, sich fröhlich lachend der anfangs so sanft abgleitenden Bahn anzuvertrauen und sie kommt wieder nach wenig Jahren vom wilden Sturze zerbrochen an Leib und Seele, im Fusel einen letzten Trost oder im Zuchthaus ein Asyl findend.

Die Humanität aber steht naserümpfend zur Seite und bietet nicht einmal denen die Hand zur Rettung, an denen noch Etwas zu bessern wäre. Viele sind ja freilich unrettbar verloren, aber man sollte doch zu verhindern suchen, dass sie immer Neue mit sich ins Elend hineinreissen. Jedenfalls aber sollte der menschlichen Gesellschaft der Vorwurf unerträglich sein, dass sie durch ihre Einrichtungen diesen Gefallenen geradezu die Umkehr unmöglich macht. Auch fehlt es bei uns gänzlich an Zwangsbesserungsanstalten, um solche Personen für längere Zeit aus der Oeffentlichkeit zu entfernen und sie zur Arbeit nöthigen zu können. Bis jetzt gibt es nur solche mit freiwilligem Eintritt und solche, wo sie erst nach gerichtlicher Bestrafung aufgenommen werden können. In den ersteren gehen sie möglichst rasch wieder durch, die letzteren erreichen wenig mehr, weil es zu spät geworden.

So aber sind diese willenlosen Geschöpfe unrettbar ihrem Schicksal verfallen. Kaum entlassen fallen sie der Polizei wieder in die Hände und verursachen der Stadt wie dem Staate unsägliche Mühen und Kosten.

Wenden wir uns nun zu den auf der Polizei constatirten Erkrankungsfällen, so fällt hier gegen früher die bedeutende Vermehrung derselben, noch mehr aber diejenige der für dieselben benöthigten Behandlungstage im Spital (in Klammer beigesetzt) in die Augen.

Dieselbe ist so gross, dass im ersten halben Jahre meiner Thätigkeit für Inscribirte bereits mehr Behandlungstage in Anspruch genommen wurden, als in den vorhergehenden 4½ Jahren zusammen. Und es ist leicht zu sehen, dass davon der bei weitem grösste Theil der Gonorrhoe zufällt, d. h. dass früher ohne Untersuchung auf Gonococcen bei Inscribirten fast nie Gonorrhoen entdeckt wurden.

Erkrankte Inscribirte

(durchschnittl. Personalstand im J. 1895 = 29)

	1890	1891	1892	1893	1894		1895
					1 Jan. bis 31. Juni	1. Juli bis 31. Dec.	
Ulcus molle	2 (21)	5 (29)	6 (45)	4 (20)	—	5 (47)	1 (6)
Ulcus molle u. Gon. .	1 (22)	—	—	—	—	1 (32)	2 (62)
Gonorrhoe	7 (18)	4 (18)	1 (2)	2 (9)	—	9 (203)	27 (402)
Syphilis u. Gonorrhoe	—	—	—	—	—	—	1 (24)
Syphilis	3 (38)	2 (34)	—	—	—	3 (58)	1 (17)
Erosio ad orific. uteri	1 (8)	1 (5)	3 (16)	3 (14)	—	—	1 (47)
Condylomata acumin.	4 (24)	—	—	—	—	—	—
Herpes	—	1 (2)	—	—	—	—	—
	18 (131)	13 (88)	10 (63)	9 (43)	—	18 (340)	33 (558)

Erkrankte weibliche Inhaftirte.

Es wurden vom 1. Juli bis 31. December 1894 unter 508 Untersuchten 111 = 21·8% und im Jahre 1895 unter 1217 Untersuchten 293 = 24% erkrankt befunden.

	1. Juli bis 31. December 1894	1895
Genitalkatarrhe ohne Gonococcen	4	1
Ulcus molle	9	14
Ulcus molle und Gonorrhoe	—	4
Gonorrhoe	52	142
Gonorrhoe und Syphilis	7	35
Syphilis	31	63
Abscess der Bartol. Drüse ohne Gonoc. .	—	1
Condylomata acuminata	4	6
Erosiones vulvae	—	2
Acne	—	2
Bubonenwunde	—	1
	107	270
Krätze	4	23
	111	293

Unterschied gegen früher:	1885	1886	1887	1890	1891	1892	1894 (Juli bis Dec.)	1895
untersuchte Inhaftirte;	999	1102	927	1136	1226	1261	508	1217
erkrankt befunden;	80	86	67	136	121	166	111	293
	8%	7·8%	7·2%	12%	9%	13·1%	21·8%	24%

Auch hier fällt die bedeutende Vermehrung fast nur der Gonorrhoe zur Last.

Einem solchen Andrange konnte eine Abtheilung von etwa 22 Betten, die seit Jahrzehnten nothdürftig ausgereicht hatte, natürlich nicht genügen. Es musste deshalb im 2. Halbjahr 1894 20mal (19mal bei Gonorrhoe und 1mal bei Ulcus molle) direct auf Ueberweisung ins Krankenhaus wegen Ueberfüllung der dortigen Abtheilung verzichtet werden.

Auch im Jahre 1895 konnten 18mal manifeste Gonorrhoen nicht auf die Abtheilung verbracht werden, obwohl vom 1. Mai 1895 ab eine Vermehrung der Abtheilung um 12 Betten eintrat. [1])

Dass auch die Behandlungszeit eine meist ungenügende war, wird sich weiter unten ergeben. — Die Ergebnisse der mikroskopischen Secretuntersuchungen auf der Polizei sollen im Zusammenhang mit denjenigen im Krankenhause betrachtet werden.

Krankenbewegung auf der Hautabtheilung des Katharinenhosp.

Um den Unterschied nach Uebernahme der Abtheilung und Ausübung der polizeilichen Untersuchungen durch mich gegen früher zu zeigen, der vor Allem in der Anzahl der Verpflegtage und im durchschnittlichen Krankenstand zu Tage tritt, ist das Jahr 1893 und das 1. Halbjahr 1894 zum Vergleich herangezogen.

Gesteigerter Zugang war schon vor meinem Amtsantritt vorhanden, nur wird man bemerken, dass sich die aufgenommenen Krankheiten in der Art geändert haben, dass die Zahl der leichteren nicht infectiösen Krankheitsdiagnosen, die die Kranken nur wenige Tage im Hospital zurückhalten, gegen früher ganz klein geworden ist, dass aber andererseits diejenige der an ernsten Krankheiten Verpflegten erheblich gestiegen ist und zwar die der gonorrhoischen Weiber um das 3 bis 8fache. Dadurch hat sich natürlich auch die Zahl der Verpflegstage und der durchschnittliche Krankenstand beträchtlich erhöht.

Aufgenommene Kranke.

		Männer	Weiber	Zusammen
1893.	Bestand 1. Januar	8	10	18
	Zugang 1. Jan. bis 30. Juni .	85	122	207
	„ 1. Juli „ 31. Dec. .	86	139	225
	Zugang im ganzen Jahr .	171	261	432

[1]) Seit Juli 96 sind für weibliche Inhaftirte u. Inscribirte 30 Betten vorhanden u. davon räumlich ganz getrennt: 18 Betten für freiw. Eintretende.

	Männer	Weiber	Zusammen
1894. Bestand 1. Januar	15	19	34
Zugang 1. Jan. bis 30. Juni .	126	164	290
„ 1. Juli „ 31. Dec. .	114	169	283
Zugang im ganzen Jahr .	240	333	573
1895. Bestand 1. Januar	10	15	25
Zugang . .	179	381	560
Bestand 31. December .	13	26	39

	Männer		Weiber		Zusammen	
	Verpflegs-tage	Mittl. Kr.-St.	Verpflegs-tage	Mittl. Kr.-St.	Verpflegs-tage	Mittl. Kr.-St.
1893 1. Juli bis 31. Dec.	.	.	2060	11,2	.	.
1894 1. Jan. bis 30. Juni	2424	13,4	2865	15,9	5289	29,3
1. Juli „ 31. Dec.	2546	13,8	3570	19,4	6116	33,2
Im ganzen Jahr	4970	13,6	6435	17,7	11405	31,2
1895	4151	11,4	9253	25,4	13404	36,8

Männliche Abtheilung.

	1894	1895		
	II. Halb-Jahr	Personen	Verpflegs-Tage	Mittl. Behandl.-Zeit Tage
Ulcus molle	13 (3 mit Bubo)	14 (3 mit Bubo)	274	19,6
Ulcus molle u. Gonorrhoe .	.	2	60	30
Gonorrhoe	42	76 (24 mit Epididymitis)	1888	24,9
Gonorrhoe und Syphilis . .	4	9	318	35,3
Syphilis	44	61	1373	22,5
Bubo ohne Ulcus	2	3	48	16,0
Condyl. acuminata	1	2	15	.
Gangraena praeputii	1	1	20	.
Balanitis	3	7	47	7,8
Herpes zoster penis . . .	1	.	.	.
Eczem, Pyodermitis	2	2	63	.
Erythem	.	1	2	.
Scabies	.	1	2	.
Lymphangoitis	1	.	.	.

Weibliche Abtheilung.

Um den Einfluss der seit 1. Juli 1894 verschärften Controle zu zeigen, wurden die beiden vorhergegangenen Halbjahre zum Vergleich herangezogen.

	1893	1894		1895		
	I. Halbjahr	I. Halbjahr	II. Halbjahr	Personen	Verpfl.-Tage	Mittl. Beh.-Zeit
Fluor	35	70	.	.	.	.
Vulvitis, Vaginitis sine gonoc.	.	.	12	1	1	.
Ulcus molle	25	16	19	17	435	25,6
Ulcus molle und Gonorrhoe	.	.	.	8	207	25,9
Gonorrhoe	19	8	50	178	3796	21,3
Gonorrhoe und Syphilis	.	.	11	50	1574	31,5
Syphilis	50	66	70	109	2835	26,0
Bubonenwunde	.	.	.	1	6	.
Bartol. Abscess ohne Gonoc.	.	.	.	2	36	.
Erosio ad orific. uteri	.	.	1	1	47	.
Proktitis	.	.	.	1	7	.
Erosiones vulvae	.	.	.	3	31	.
Condyl. acumin.	4	3	4	8	213	26,6
Acne	.	.	.	.	16	.
Pigmentationes post scabiem	.	.	1	.	.	.
Verdacht	1	.	.	.	.	.
Nichts Besonderes	1	.	.	.	.	.
Peritonitis	1	.	.	.	.	.
Eczem	2	1	.	.	.	.
Fussgeschwür	1	.	.	.	.	.
Stomatitis mercurialis	.	.	1	.	.	.

Ganz enorm ist die Zunahme der Tripperfälle. Von allen aufgenommenen Weibern litten

	1893 II. Halbjahr	1894 I. Halbjahr	1894 II. Halbjahr	1895
an Tripper	19 13·7%	8 4·9%	61 36%	235 61·9%
an Syphilis	50 35·0%	66 40·2%	81 47·9%	159 41·7%

Da sich sowohl für Syphilis als auch die übrigen Erkrankungen die Zahlen nur unbedeutend geändert haben, lässt sich diese Steigerung nur auf die durch die mikroskopische Untersuchung verschärfte polizeiärztliche Controle zurückführen.

Von den im Jahre 1895 aufgenommenen 381 weibl. Kranken waren freiwillig eingetreten . . . . 74 = 19·4%
polizeilich eingeliefert (dabei 4 von anderen Behörden) . . . 274 = 71·9%
Inscribirte . . . . 33 = 8·7%

Auf diese 3 Kategorien vertheilen sich die 3 Hauptkrankheiten:

Von 25 Ulcus molle-Fällen kommen:

auf Freiwillige	3	(dabei 2 mit Gonorrhoe)	= 12%
„ Polizeiliche	19	(„ 4 mit Gonorrhoe)	= 76%
„ Inscribirte	3	(„ 2 mit Gonorrhoe)	= 12%

Von 159 Syphilis-Fällen kommen:

auf Freiwillige	57	(dabei 14 mit Gonorrhoe)	= 35·8%
„ Polizeiliche	100	(„ 35 mit Gonorrhoe)	= 62.9%
„ Inscribirte	2	(„ 1 mit Gonorrhoe)	= 1·3%

Von 236 Gonorrhoe-Fällen kommen:

auf Freiwillige	25	(dabei 2 mit Ulcus molle,	14 mit Syphilis)	= 10·6%
„ Polizeiliche	181	(„ 4 „ „ „	35 „ „)	= 76·7%
„ Inscribirte	30	(„ 2 „ „ „	1 „ „)	= 12·7%

	an Ulcus molle	an Syphilis	an Gonorrhoe
Von den Freiwilligen litten	4%	77%	33·8%
„ „ Polizeilichen „	6·9%	36·5%	66%
„ „ Inscribirten „	9%	6%	90·9%

Dabei ist noch zu bemerken, dass nur 9 Weiber wegen Gonorrhoe allein sich freiwillig aufnehmen liessen.

Ehe nun im Zusammenhange über meine Erfahrung bezüglich der weiblichen Gonorrhoe berichtet wird, sei mir gestattet, einige Beobachtungen bei den anderen Erkrankungsformen zu erwähnen.

Ulcus molle zeigte eine sehr deutliche Steigerung der Frequenz zu Anfang des Jahres 1896, an der jedoch die Inscribirten fast gar nicht theilnahmen.

Recht oft kam jene kleine folliculäre Form von Ulcus molle vor, die so unscheinbar aussehen und doch dem Arzte viele Mühe verursachen kann, die leicht mit breiten Papeln verwechselt wird und mit diesen auch öfter combinirt vorkommt.

In der Krankheitstafel sind auch unter Ulcus molle einige von den chronischen Ulcerationen subsumirt, für die uns Koch in seiner verdienstvollen Arbeit (Ueber das „Ulcus vulvae" chronicum, elephantiasticum etc. Arch. f. D. u. S. XXXIV [1896] p. 205) ein Verständniss eröffnet hat. Seine Ansicht, dass gewisse chronische Oedeme und hartnäckige Ulcerationen der Pudenda sehr häufig nach Exstirpation der Inguinaldrüsen und Erkrankungen des genitalen Lymphapparates, bezw. in Folge von Lues, auftreten, fand ich in mehreren Fällen bestätigt. Auch die aussergewöhnliche Hartnäckigkeit einiger Fälle von Ulcera mollia findet wohl eine Erklärung in dem Umstande, dass die Erkrankten alle vorher luetisch waren.

Darunter war ein Fall von multiplen Ulcera mollia, bei denen die Tendenz bestand, sich trichterförmig in die Tiefe zu verbreiten. Eines dieser Geschwüre sass in der linken Schenkelbeuge und leistete jeder Therapie Widerstand. Nur durch viele Wochen hindurch fortgesetzte Aetzungen mit flüssiger Carbolsäure, mit welcher Wattetampons getränkt und in der Wundhöhle belassen wurden, gelang es schliesslich, regelmässig fortschreitende Heilungsvorgänge zu erzielen, die dadurch interessant waren, dass das neugebildete Epithel nicht im Mindesten mehr auf das starke Aetzmittel reagirte. Auch in diesem Falle war Lues vorausgegangen, jedoch nicht so stark betheiligt, dass die antiluetische Behandlung irgendwie die Heilung gefördert hätte.

Carbolätzungen bewähren sich mir gut bei Ulcus molle, müssen aber methodisch ausgeübt werden. Denn jede Aetzung bei fortkriechenden Entzündungsprocessen fördert da, wo sie das ursächliche Krankheitsgift nicht erreicht und zerstört, das Fortschreiten des Processes. Es muss deshalb durch Auseinanderziehen des Geschwüres dafür gesorgt werden, dass das Aetzmittel mit allen Winkeln und Buchten in Berührung kommt. Dem activen Eindringen der Carbolsäure in den Geschwürsgrund setzt die Gerinnung enge Grenzen. Deshalb müssen die Aetzungen eine Zeit lang täglich wiederholt werden. Sowie das Schankergift vollständig zerstört ist, tritt meist ganz rapide Heilung ein.

Jodoform oder seine Ersatzmittel führen allerdings ebenfalls in vielen Fällen zum Ziel. Besonders zweckmässig fand ich die Application von Jodoformäther, zu welchem Zwecke ich ein fein ausgezogenes Glasröhrchen benützen lasse, mit welchem wenige Tropfen der Flüssigkeit gefasst werden, die sich bei Berührung des stark ausgebreiteten Geschwürsgrundes über denselben verbreiten und so leicht in die Spalten desselben eindringen können.

Von der Abortivbehandlung der Bubonen bin ich bald wieder abgekommen. Denn einerseits gelang es in vielen Fällen, bereits fluctuirende Bubonen, die theilweise schon zur Operation bestimmt waren, noch durch energische Application von Kataplasmen zur Resorption zu bringen, andererseits hatten die Fälle, bei denen die Abortivbehandlung nicht gelang, wahrscheinlich wegen der Ausdehnung des Processes auf mehrere Drüsen, einen solch' verschleppten Verlauf, dass ich zur alten Methode der ausgiebigen Eröffnung des Abscesses, Glättung der Wunde, Jodoformtamponade zurückgekehrt bin, was wenigstens eine regelmässige Heilung aller Fälle in einer mittleren Zeit gewährleistet und in vielen Fällen sogar ambulante Behandlung gestattet.

Die Behandlung der Syphilis bestand fast ausschliesslich in Inunctionen à 4 Gr. pro Tag.

Local hat sich mir bei gewucherten Papeln am besten die combinirte Aetzung mit Chromsäure und Lapis bewährt.

Leukoderma wurde nur unter Verhältnissen gefunden, die seinen ursächlichen Zusammenhang mit Lues gewiss machten. Es liess sich in einzelnen Fällen gut verfolgen, wie sich um die luetische Efflorescenz

ein weisser Ring bildete, der dann allmälig auch das centrale Pigment aufzehrte.

Die Condylomata acuminata werden von verschiedenen Gynäkologen noch als pathognomonisch für Gonorrhoe angesehen, während es für die meisten Dermatologen wohl kaum eine Frage sein wird, dass die Trippersecrete den spitzen Warzen an den Genitalien günstige Verhältnisse schaffen, dass dieselben aber an und für sich mit Gonorrhoe nichts zu thun haben, da sie oft auch bei Individuen vorkommen, die nie an Tripper gelitten haben.

Ich halte die spitzen Condylome für eine infectiöse Erkrankung sui generis, deren Uebertragbarkeit in erster Linie am Träger selbst deutlich wird, so dass es bei multiplen kleinen Formen oft nicht gelingt, ihrer vollständig Herr zu werden. Ueberrascht hat es mich zu sehen, dass selbst ziemlich grosse spitze Warzen noch spontan und spurlos zurückgehen können, ferner dass die Neigung zum Recidiviren häufig ganz rasch erlischt. Ja es scheint dann für längere Zeit eine Art von Immunität zurückzubleiben. So bemühte ich mich einmal wochenlang um die Ausrottung von spitzen Condylomen, die die ganze Rima genitalis, besonders aber den Introitus vaginae besetzt hielten und immerfort recidivirten. Trotzdem nun der profuse blennorrhagische Cervical- und Vaginalfluor, der die begünstigende Rolle dabei spielte, ganz gleich weiterbestand, hörten mit einem Male die Recidive vollständig auf und erst nach einem Jahre fingen die spitzen Condylome wieder an zu wuchern.

Die männlichen Tripperkranken ebenfalls regelmässig auf Gonococcen zu untersuchen, reichte meine Zeit nicht aus. Hier wurde die Zweigläserprobe als Massstab genommen. Sie erhielten, so lange die acuten Erscheinungen andauerten, so lange Urethritis posterior, die selten vermisst wurde, bestand oder bei Epididymitis Balsamica, bei Urethritis anterior 2 bis 5% Ichthyolinjectionen. Im chronischen Stadium wurde mit Sondirungen und Ultzmann'schen Instillationen mit 5 bis 20% Cupr. sulf. oder 1 bis 10% Arg. nitr. behandelt. Leider verliess trotz einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 25 Tagen noch eine grosse Anzahl männlicher Tripperkranker ungeheilt das Krankenhaus oder es ergaben spätere Untersuchungen, dass die Heilung nur eine scheinbare gewesen war.

Im Allgemeinen habe ich, wenn ich die Spitalfälle mit denjenigen der Privatpraxis vergleiche, den Eindruck, als habe die absolute Ruhe, die vollständige Entziehung der Alcoholica, deren schädigenden Einfluss ich als feststehend betrachte, doch nicht so viel Einfluss auf die Beschleunigung der Heilung, als man dies gewöhnlich annimmt, da auch die im Spital behandelten Fälle sich meist als von ganz bedeutender Hartnäckigkeit erwiesen, wenigstens wenn man darauf reflectirt, den Urin ganz secretfrei zu bekommen.

Da ich nun die Ergebnisse der mikroskopischen Secretuntersuchungen vorlegen möchte, wäre es am Platze, über den Werth

derselben zu verhandeln, doch ergibt sich dies aus meinen Ausführungen von selbst. Die Unerlässlichkeit derselben kann, wie ich glaube, nicht mehr angezweifelt werden.

Da wohl noch noch Niemand den Muth gefunden hat, zu behaupten, man könne die Gonorrhoe von der öffentlichen Prophylaxe ausschliessen, so kann es nur eine Frage der Zeit sein, dass sich alle grösseren Städte nach und nach entschliessen, die mikroskopische Untersuchung bei der polizeiärztlichen Controle als conditio sine qua non zu verlangen, denn ohne diese bleibt sie eine Massregel, die zum grössten Theil ihren Zweck verfehlt hat.

Die Kosten, die dies verursacht, werden freilich, besonders in der ersten Zeit, sehr bedeutende sein. Als Beispiel dafür will ich die Steigerung anführen, welche die von der Polizeicasse in Stuttgart zu tragenden Kosten für die Verpflegung der in's Spital gewiesenen Dirnen in letzter Zeit erfahren haben. Es wurden zu diesem Zweck aufgewendet

	1890/91	91/92	92/93	93/94	94/95	95/96
Mk.	1280	2100	2100	3900	6600	13.500

und dabei ist noch zu berücksichtigen, dass die Entfernung der Geschlechtskranken aus der Oeffentlichkeit in Stuttgart bei Weitem nicht mit voller Consequenz von mir zur Durchführung gebracht wird.

Bei der Zusammenstellung ihrer Untersuchungsbefunde haben die Autoren bis jetzt immer nur die Frage behandelt: „Sind Gonococcen im Secret oder nicht?"

Ich muss mich darüber wundern, dass die übrigen Eigenschaften des mikroskopischen Präparates noch nie ausdrückliche Berücksichtigung oder Verwerthung für die Diagnose bei solchen Massenuntersuchungen gefunden haben. Und doch ist ein solches diagnostisch ausserordentlich wichtiges Moment in dem Verhältniss der Epithelzellen und Eiterzellen zu einander gegeben, wie es uns das Mikroskop erkennen lässt. Ich habe gerade diesem Umstande besondere Aufmerksamkeit geschenkt und meine Notizen immer folgendermassen eingerichtet: *U.* = Urethralsecret, *C.* = Cervicalsecret, *Eiz.* = Eiterzellen, *Epz.* = Epithelzellen, $\vee$ = viel, $\wedge$ = wenig, $\cdot$ = einzelne. Das der Zahl nach Ueberwiegende wird vorangestellt, also: Eiz Epz vorwiegend eitr. Charakter des Secretes, Epz Eiz: vorwiegend epithelialer Charakter.

Um es gleich vorwegzunehmen: es ergibt meine Zusammenstellung, dass sich der Gonococcus in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur bei ausgesprochen eitrigem Charakter des mikroskopischen Präparates vom Urethralsecret findet, bei rein epithelialem aber fast nie. Nur selten finden sich Gonococcen in einer Mischung, bei der die Epithelzellen überwiegen.

Wie sehr dies die Untersuchung erleichtert, ist von vorneherein klar. Man wird sich eben bei den Fällen, in denen das Secretpräparat

ausgesprochen epithelialen Charakter trägt, nicht aufzuhalten brauchen und seine Aufmerksamkeit auf die durch das entgegengesetzte Verhalten verdächtig gewordenen Präparate richten können.

Man glaube ja nicht, dass man dies etwa schon makroskopisch am Secret bestimmen könne, denn man täuscht sich immer und immer wieder bei dieser Beurtheilung.

Bei Inscribirten liefert die frische Urethralgonorrhoe so gut wie nie einen deutlichen Tropfen, ebensowenig ist von Röthung und Schwellung der Schleimhaut die Rede. Oft bekommt man einen dicken Tropfen aus der Urethra, der sich mikroskopisch als nur aus Epithelzellen zusammengesetzt erweist und andererseits offenbaren oft geringe Spuren von Secret unter dem Mikroskop das Vorhandensein von Tripper.

Am meisten charakteristisch für epithelialen Charakter des Secretes ist noch eine feinkörnige breiige Beschaffenheit und milchweisse Farbe mit einem Stich in's Bläuliche.

Ganz besonders wichtig ist das Verhältniss der Eiterzellen und Epithelzellen bei Feststellung der Heilung der Gonorrhoe. Unter dem Einfluss der Behandlung werden die Gonococcen meist bald nicht mehr nachweisbar, noch lange ehe die Gonorrhoe geheilt ist. Das einzig zuverlässige Kriterium für die Heilung der Urethralgonorrhoe ist meiner Ueberzeugung nach das, dass mehrmals vollständiges Verschwinden der Eiz. aus dem mikroskopischen Präparate constatirt worden ist.

Leider lassen sich beim Cervicalsecrete bis jetzt ähnliche Schlussfolgerungen nicht ziehen. Hier ist die Aetiologie vieler Catarrhe noch sehr dunkel.

Aber für die Urethra möchte ich noch weiter gehen und auf Grund meiner Erfahrungen behaupten, dass eitriger Catarrh hier nahezu ausschliesslich durch den Gonococcus verursacht wird. Die Zahlen, die ich vorführen werde, beweisen dies zwar nicht absolut, machen es aber im höchsten Grade wahrscheinlich, dass andere Eiterungen hier höchstens eine ganz verschwindende Rolle spielen können.

Die folgende Zusammenstellung der mikroskopischen Untersuchungsresultate bezieht sich auf einen Zeitraum von etwa 2 Jahren von Juli 1894 bis Juli 1896 und basirt auf circa 7000 Secretpräparaten. Die Einheitlichkeit der Untersuchungen und Aufzeichnungen wird vielleicht dadurch etwas gewährleistet, dass sie sämmtlich von mir allein ausgeführt wurden.

1. Untersuchung des Urethralsecretes.

a) Auf der Polizei:

1. Inscribirte:

Zahl der Präparate 1838. Es waren 81 Inscribirte, die öfter als einmal untersucht wurden.

	Epz.	Epz. Eiz.	Eiz. Epz.
Diese 81 boten:	1252	449	107
31, die einmal untersucht wurden:	11	7	12
	1263	456	119

Unzweifelhafte Gonococcen wurden gefunden 48mal, d. h. in 2.61% aller Präparate aus der Urethra bei 41 verschiedenen Inscribirten, 2mal im Secret der Bartol. Drüse.

Und zwar kamen auf die 119 Präparate mit Vorwiegen der Eiz 43 = 89.6% der Gonococcenfunde und nur 5 auf die übrigen. Aber auch die 76 Eiz.-Präparate, in denen sich keine Gonococcen fanden, kennzeichnen sich durch ihr plötzliches Auftreten und Persistiren durch eine gewisse Zeit hindurch in den Tabellen als nicht zufällige Befunde und öfter folgte noch nachträglich der ergänzende Gonococcenbefund, so dass auf die 51 regelmässig untersuchten Inscribirten, bei denen zu keiner Zeit Gonococcen in der Urethra gefunden wurden, nur 14 kommen, die in 24 Präparaten vorwiegend Eiz. boten.

Es ist also offenbar der Gonococcus ohne wichtigen Concurrenten beim Zustandekommen der urethralen Eiterung. Ich habe deshalb auch schon seit langer Zeit bei eitrigem Charakter des Urethralsecretes aber fehlenden Gonococcen ambulante tägliche Ichthyolbehandlung der Inscribirten eintreten lassen.

Einen guten Beweis für meine Behauptung, dass der eitrige Charakter des Urethralsecretes in den meisten Fällen durch den Gonococcus bedingt ist, erhalten wir, wenn wir die Ergebnisse der ersten Untersuchung der Inscribirten bei der Anmeldung zusammenstellen. Es kommen dann auf 65 Präparate: 15 Eiterzellenbefunde, unter welchen sich 12 = 18.5% mit unzweifelhaften Gonococcen fanden, also 80% der Gonococcenfunde bei eitrigem Charakter des Secretes. Der höhere Procentsatz von Erkrankungen unter den Neugemeldeten mag sich dadurch erklären, dass diese meist eine Zeit lang unter Verhältnissen gelebt hatten, wo sie die üblichen Reinlichkeitsmassregeln nicht so leicht durchführen konnten, und so der Tripperinfection leichter anheimfielen und auch daraus, dass sich darunter ein grösserer Procentsatz jüngerer Personen befindet, die noch nicht lange unter Controle gestanden hatten.

Zweifelhafte bakterielle Befunde waren nicht besonders häufig und geradezu selten bei deutlich epithelialem Charakter des Urethralsecretes.

Schwierigkeiten macht manchmal ein kurzer dicker Diplobacillus, der unter denselben Verhältnissen, wie der Gonococcus für sich oder neben diesem vorkommt, sogar auch intracellular. Er ist mit seinen Längsdimensionen senkrecht zur Theilungslinie gestellt und wird oft zu mehreren in einer Kette gesehen. Da auch Verkürzung der Längsdimensionen und so directe Uebergänge zum Gonococcus vorkommen, wäre es nicht unmöglich, dass man es vielleicht mit einer Spielart des letzteren zu thun hätte.

Intracellular gelagert kommt, allerdings häufiger im Cervicalsecret, ein kleiner dünner Bacillus vor, der meist massig auftritt, während ein ebenfalls häufig (wie mir auffiel, besonders gern am Schlusse der Behandlung) zur Beobachtung kommender plumper an den Enden abgerundeter Bacillus weniger oft intracellulär getroffen wird.

Die Gram'sche Färbung habe ich nicht zur Differentialdiagnose verwendet.

2. Weibliche Inhaftirte:

Von 680 solcher Individuen, die einmal oder öfter zur Untersuchung kamen, sind 1887 Präparate angefertigt worden, in denen sich 391 mal = 20.71 % Gonococcen fanden, und zwar bei 217 verschiedenen Personen.

Es kamen auf

685 Präp. mit Epz.	2 =	0.29 %	mit Gonoc. und	1	verdächtig
614 „ „ Epz. Eiz.	23 =	3.74 %	„ „ „	28	„
588 „ „ Eiz. Epz.	366 =	62.24 %	„ „ „	34	„

Also fanden sich

0.51 % der Gonococcenfunde in den Präparaten, die nur Epz.
5.88 % „ „ „ „ „ , die vorwiegend Epz u.
93.60 % „ „ „ „ „ , die vorw. Eiz. enthielten.

Von den Eiz.-Präparaten waren also 222 = 37.76 % ohne oder ohne deutliche Gonococcen. Dabei ist aber zu bemerken, dass — abgesehen davon, dass 34 einen zweifelhaften Befund gaben — überhaupt davon 111 bei Solchen auftraten, die früher oder später gonorrhoisch waren, man hier also annehmen darf, dass Gonorrhoe schon bestand oder noch vorhanden war, und also nur 18.87 % sämmtlicher Eiz.-Befunde in keiner erkennbaren Beziehung zum Gonococcus stehen. Das ist gewiss wenig bei einer Massenuntersuchung, die naturgemäss etwas eilig vorgenommen werden muss und man sieht, der Fehler wäre sicher nicht gross, wenn man einfach alle Individuen, deren Urethralsecret sich mikroskopisch als eitrig erweist, für gonorrhoisch erklären und entsprechend verfahren würde. Ich habe diese Consequenz nicht ziehen können, da mir die Mittel dazu, vor Allem der nöthige Platz nicht zur Verfügung stand; wer aber strenge sein will, und den meisten Gynaekologen, die sich darüber haben hören lassen, ist ja keine Massregel weitgehend genug, der wird auch dem Folge geben müssen.

Die 391 Gonococcenfunde vertheilen sich also auf 217 Personen (= 31.2 % von 680 untersuchten Weibern). Und zwar wurden gonorrhoisch befunden:

143 je einmal,	wobei	14	mal die Betreffenden nicht ins Hospital kamen
37 „ zweimal	„	8	„ „ „ „ „ „ „
13 „ dreimal	„	6	„ „ „ „ „ „ „
9 „ viermal	„	10	„ „ „ „ „ „ „
4 „ fünfmal	„	8	„ „ „ „ „ „ „
1 „ sechsmal	„	4	„ „ „ „ „ „ „
9 „ siebenmal	„	15	„ „ „ „ „ „ „
1 „ zehnmal	„	3	„ „ „ „ „ „ „

Dass viele so oft mit Gonorrhoe betroffen wurden, hängt innig mit der ungenügenden Behandlungszeit im Krankenhaus zusammen, wovon später noch die Rede sein soll, natürlich aber auch damit, dass so oft (68mal) von der Verbringung ins Krankenhaus Abstand genommen werden musste.

Noch ein Blick wäre auf die Zellenbefunde zu werfen.

Dass Eiterzellen zum normalen Inventar der weiblichen Urethra gehören, wird kaum behauptet werden wollen. Ebensowenig bin ich der Ansicht, dass jede hier gefundene Eiterzelle gonorrhoischer Natur sein müsse.

Bei der Reichlichkeit der chemischen und mechanischen Reizungen, denen die weibliche Urethra ausgesetzt ist, wird sich die dadurch hervorgerufene Zellproliferation auch öfter bis zur Bildung von Eiterzellen steigern, doch bleiben dieselben dann fast immer vereinzelt, jedenfalls aber in der Minderzahl gegenüber den Epithelzellen.

Merkwürdig ist immerhin, dass ich bei einzelnen Individuen und längerer Zeit der Untersuchung nie Eiterzellen fand.

So z. B. wurde eine der liederlichsten Dirnen in 20 Monaten 24mal untersucht und nur ein einziges Mal Eiterzellen gefunden.

Charakteristisch ist auch der Fall, dass ein 15jähriges Mädchen zweimal (Oct. 1895) vor der Defloration nur Epithelzellen und nach derselben noch 14mal den gleichen Befund bot, bis sie dann (29. Mai 1896) mit allerdings auch makroskopisch schon erkennbarer Gonorrhoe und dem Befund: U: nur Eiz. Gonoc. ic., kl. B. zur Untersuchung kam.

Bei einem 17jähr. Mädchen wurden vom 26. October 1895 bis 25. Juli 1896 bei 18 Untersuchungen nur Epz. gefunden.

Die anderen 6, bei denen 8- resp. 6-, 5- und 4mal nur Epz. gefunden wurden, waren 19—24 Jahre alt. Ich nehme an, dass sie bisher der gonorrhoischen Infection entgangen sind.

b) Die weibl. Gonorrhoe im Katharinenhospital.

Auch hier wurden als Gonorrhoe nur die Fälle bezeichnet, deren Diagnose durch den Gonococcennachweis gesichert war, obwohl auf diese Weise viele Genitalcatarrhe unberücksichtigt bleiben, die sicher ebenfalls dem im Verborgenen wirkenden Gonococcus ihre Ursache verdanken. Aber wir stehen vor einem wogenden Durcheinander und müssen dankbar sein, dass uns der Gonococcus einen festen Standpunkt sichert, von dem aus wir hoffen können, wenigstens eine gewisse Ordnung herzustellen.

Auch so war die Zahl der Tripperfälle in Anbetracht der räumlichen Beschränkung und der Sorgen und Mühen, die diese Krankheit dem behandelnden Arzte verursacht, wahrlich noch gross genug.

Auch diejenigen weiblichen Kranken, die wegen anderer Erkrankungen die Abtheilung aufsuchten, wurden auf Gonococcen untersucht und dabei noch mancher Tripper entdeckt und geheilt, der früher ganz der Beachtung entgangen war.

Während des Spitalaufenthaltes wurden bei den weiblichen Gonorrhöen im Allgemeinen jede Woche Secretpräparate angefertigt. Liess dann der epithelial werdende Charakter des Präparates baldige Heilung erhoffen, so wurden die Untersuchungen in rascherer Aufeinanderfolge gemacht. Hier — bei Beurtheilung der Heilung — ist, wie schon erwähnt, die Zuhilfenahme der Zellenverhältnisse fast noch wichtiger, als bei der

Diagnose. Ist einmal Tripper vorhanden gewesen, so ist eigentlich jede Eiterzelle im Urethralsecret noch verdächtig und Heilung bei der Urethralgonorrhoe durchaus nur dann als einigermassen sicher anzunehmen, wenn das Secret sich wiederholt als eiterzellenfrei erwiesen hat. Man hat sich gewöhnt bei Zusammenstellungen, die die Erfolge von Trippermitteln beweisen sollen, aus der Zeit, nach welcher die Gonococcen aus dem Urethralsecret geschwunden sind, auf die Heilung Schlüsse zu ziehen. Dies halte ich nicht für richtig. So lange nach einer Gonorrhoe noch Eiterung in der Harnröhre vorhanden ist, so lange sind auch noch Gonococcen zugegen, wenn auch dieselben für uns momentan nicht nachweisbar sind, und eine Exacerbation der Gonorrhoe kann jederzeit erfolgen. Wir wissen ja, dass sogar starke gonorrhoische Eiterungen bestehen können, ohne dass Gonococcen nachweisbar sind und andererseits kann die Secretion auf ein kaum erkennbares Minimum reducirt sein, ohne dass die Gonorrhoe geheilt ist. Die Bedingungen, die dem zu Grunde liegen, sind noch fast ganz unbekannt, wie es ja auch noch vollständig an Anhaltspunkten fehlt, um die kolossalen Verschiedenheiten in den subjectiven und objectiven Erscheinungsformen des Trippers zu erklären.

Können wir nun auch die Abwesenheit des Gonococcus für die Beurtheilung der Heilung nicht verwerthen, so glaube ich doch, dass die Gonococcenuntersuchung einen guten Massstab abgibt für die Beurtheilung der Ansteckungsfähigkeit und können wir wohl auf Grund aller bekannten Thatsachen annehmen, dass solche chronische Gonorrhöen, bei denen längere Zeit hindurch keine Gonococcen gefunden wurden, sehr wenig ansteckungsfähig sind, ein Standpunkt, den ja Jadassohn wiederholt vertreten hat. Ob man so weit gehen darf, in solchem Falle auch die Heirat zu gestatten, lasse ich dahingestellt, aber unheimlich ist es mir oft, wie wenig Tripper eigentlich vollkommen geheilt werden, wenn man genau untersucht und die höchsten Anforderungen an die Heilung stellt.

Meine Beobachtungen im Katharinenhospital beziehen sich ebenfalls auf einen etwa 2jährigen Zeitraum, während dessen 451 Fälle weiblicher Gonorrhoe bei 292 verschiedenen Personen zur Behandlung kamen. Es wurden bei diesen 1260 Präparate des Urethralsecretes gemacht, wobei aber die erste Untersuchung, wenn sie auf der Polizei vorgenommen wurde, nicht mitgezählt ist, da sie ja schon in der oben gegebenen Tabelle vorhanden ist.

Es enthält also die nachfolgende Zusammenstellung fast ausschliesslich die Verhältnisse der Eiterzellen und Epithelzellen, wie sie sich während der Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhoe ergeben.

Von den 1260 Präparaten enthielten:

276	nur Epz.	u. unter diesen waren	6	(2.2%)	mit Gonoc.	u. 5	zweifelhafte
614	vorw. Epz.	" " " "	127	(20.7%)	" "	" 27	"
370	" Eiz.	" " " "	274	(74%)	" "	" 4	"

d. h. es fand sich immer noch die ganz überwiegende Mehrzahl der Gonococcen (67.3%) in den Präparaten mit deutlich eitrigem Charakter, von denen also nur 26%, keine Gonococcen enthielten.

Dazu kommen noch 197 Präparate vom Urethralsecret anderweitig kranker Spitalpatientinen, bei denen keine Gonococcen gefunden wurden; 83 davon enthielten nur Epz., 80 vorwiegend Epz., 34 (= 17.6%) vorwiegend Eiz. (dabei 3 mit zweifelhaftem Bakterienbefund).

II. Untersuchung des Cervicalsecretes.

Dieselbe lässt an Präcision viel mehr zu wünschen übrig und rechtfertigt nicht ganz die bedeutend grössere Mühe, die sie verursacht.

Schon die makroskopische Beurtheilung bietet keine Anhaltspunkte. Ich habe Inscribirte 2 Jahre hindurch regelmässig untersucht, die stets einen intensiv eitrigen Schleimpfropf am Orificium uteri externum darboten und in bis zu 29 Präparaten kein einziges Mal Gonococcen aufgewiesen haben. — Dünnflüssiger, sich manchmal deutlich getrennt von dem schleimigen Secret aus dem Uterus entleerender Eiter scheint allerdings fast regelmässig Gonococcen zu enthalten.

Auffallend ist, dass das vor dem Orificium uteri gefundene Secret sehr häufig einen eitrigen Charakter oder weisse Farbe besitzt, während das nach Wegwischen desselben aus der Cervix selbst entnommene oft rein glasig erscheint.

Auch das Verhältniss der Eiter- und Epithelzellen im mikroskopischen Präparat gibt beim Cervicalsecrete gar keine Anhaltspunkte. Es ist also nur die Gegenwart des Gonococcus, auf die man fahnden kann. Dieser kommt jedoch bei jeglicher Beschaffenheit des Cervicalsecretes vor.

Auf der Polizei wurde nur bei den Inscribirten das Cervicalsecret untersucht (anfangs alle 14 Tage, in der letzten Zeit alle 4 Wochen).

Es fanden sich bei 931 Einzeluntersuchungen in 20 Präparaten (= 2%) unzweifelhafte Gonococcen, wovon 6 bei der ersten Untersuchung von Neueingetretenen gefunden wurden (unter 87 Präparaten = 6.9%).

Viel häufiger noch als bei der Urethra sind zweifelhafte Befunde. Auch von anderen Autoren ist schon auf das plötzliche Auftauchen der Gonococcen im Cervicalsecret aufmerksam gemacht worden, derart, dass dieselben schon bei der bald wiederholten Untersuchung, auch ohne dass Behandlung eingeleitet wurde, nicht mehr gefunden werden. Z. Beisp. 13./II. C. Eiz. ∧ Epz. Gonoc., aber 17., 21., 24., 27./II; 2./III. keine Gonococcen mehr und gleichzeitig die Urethra immer unverdächtig. Oder 1./X. 1894 im Cervicalsecret Strept.-B. u. Gonoc. 3./X., 4./X. keine Gonoc. mehr.

Oder 23./VI. 1896 grau-glas. Secret: Eiz.-Epz. 1 ic. u. 1 ec. Gonoc.-Haufen 24. und 26./VI. nichts mehr zu finden.

Man muss geradezu daran denken, ob hier nicht ein kurzdauerndes Vegetiren der Gonococcen im Cervicalsecret

stattfindet, ohne dass dieselben ins Gewebe eindringen, denn in anderen Fällen finden sie sich im Cervicalsecret immer und immer wieder mit einer Constanz, die den behandelnden Arzt zur Verzweiflung bringen kann.

Sehr häufig werden gerade im Cervicalsecret auch andere Bakterien intracellular gefunden.

Im Hospital fanden sich, abgesehen von 55 negativen Befunden bei anderweitig Kranken, in 768 Präparaten vom Cervical- resp. Uterinsecret gonorrhoischer Weiber 158 (20.6%) mit Gonococcen und 27, bei denen zweifelhafter Befund notirt ist, d. h. es kamen 110 (24.4%) Fälle von Cervical- resp. Uteringonorrhöen bei 95 (32.1%) Personen auf 451 Fälle von Gonorrhoe bei 292 Weibern.

Dabei wurden nur 8mal gleichzeitig Gonococcen in der Harnröhre vermisst.

Nach meinen Erfahrungen kommt also Uteringonorrhöe ziemlich selten isolirt vor. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Inhaftirten auf der Polizei von mir nur auf Urethralgonorrhoe untersucht wurden.

Unter den 8 Fällen war übrigens nur in 3 Fällen die Urethra ganz unverdächtig d. h. sie wies bei wiederholter Untersuchung nur Epithelzellen auf.

Dass viele Untersucher eine bedeutend grössere Häufigkeit der Cervicalgonorrhoe constatiren konnten,[1]) erkläre ich mir so, dass einerseits meine Methode der Urethraluntersuchung ergiebiger auf Gonococcen ist, andererseits die Methode an ausgeschabtem Uterussecret zu prüfen, was ich ja nicht that, mehr Gonococcen zu Tage fördert. Auch liefert gerade das Cervicalsecret viele zweifelhafte Befunde, die ich fast immer als negativ gezählt habe, die man aber auch positiv verwerthen kann.

Die Grenzen des Uterus wurden überschritten, d. h. es waren Erscheinungen von Seiten der Eileiter oder des Peri- oder Parametriums vorhanden bei 25 Kranken von 292 (8.9%). Bei 2 Fällen unter diesen wurden Gonococcen im Cervicalsecret vermisst, doch muss ich gestehen, dass die gynäkologische Seite der Tripperuntersuchung und Behandlung von mir nicht so gepflegt wurde, wie es im Interesse der Sache gelegen hätte. Die Digitaluntersuchung wurde nur unternommen, wenn über entsprechende Schmerzen geklagt wurde.

Wo Gonococcen im Cervicalschleim gefunden werden, handelt es sich in den meisten Fällen nur um einmaligen Befund. Schon bei der nächsten Untersuchung sind sie verschwunden, ohne dass die klinischen Symptome sich irgendwie geändert zu haben brauchen. Diese letzteren sind fast nie charakteristisch. Es können sich bei jeder Form von Gebärmuttercatarrh und Erosionen am Orificium uteri Gonococcen finden oder nicht.

---

[1]) z. B. Schultz (Arch. f. D. u. S. XXXVI. 1896 p. 205), der sie bedeutend häufiger (79% gegen 74%) findet als die Urethralgon.

Das Secret der Vagina wurde nicht regelmässig auf Gonococcen untersucht. Colpitis granularis kam öfter zur Beobachtung, aber auch dabei wurden fast immer deutliche Gonococcenbefunde vermisst.

Mit Bartolinitis verschiedenen Grades auf einer oder auf beiden Seiten waren von den 451 Gonorrhoefällen 61 (13.5%) bei 47 Personen (16.1%) complicirt. Es wurde seltener auf Gonococcen untersucht, übrigens aber auch Bartolinitis ein oder das andere Mal ohne Gonococcen und ohne sonstige nachweisbare Gonorrhoe beobachtet.

Obwohl sich nun in neuerer Zeit herausgestellt hat, dass die Rectalgonorrhoe bei tripperkranken Frauen recht häufig ist, so dass Baer (D. Med. Wochenschrift 1896 Nr. 8) sie bei 191 gonorrhoischen Weibern 67mal (= 35.1%) nachweisen konnte, ist meine Zeit doch nicht ausreichend gewesen, um die regelmässigen Gonococcenuntersuchungen auch auf das Rectum auszudehnen.

Behandlung der weiblichen Gonorrhoe.

Zur Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhoe habe ich fast ausschliesslich Ichthyol benutzt und zwar wurde die Urethra mit einem in reines Ichthyol getauchten Wattestäbchen (von sogenanntem Holzdraht) zweimal täglich ausgewischt. Die Schmerzen dabei sind unerwartet gering und meist nur das erste Mal vorhanden, Reizerscheinungen darnach sehr selten und der Erfolg meist ein recht prompter.

Die Heilung der Bartolinitis wird durch den Umstand erschwert, dass der Ausführungsgang oft recht schwer zu sondiren ist. Gelingt dies, so habe ich die Sonde mit einer kleinen Höllensteinperle armirt und damit das äusserste Ende des Ganges zu erreichen gesucht. Dies hat mir bessere Resultate gegeben, als Injectionen in den Gang. Doch erweist sich die Bartolinitis oft als sehr hartnäckig und recidivirt sehr gern, wenn Heilung eingetreten zu sein scheint.

Ein sehr günstiger Ausgang der Bartolinitis ist der in Abkapselung, sei es unter Schwinden der entzündlichen Erscheinungen zu einer reizlosen Cyste, die jahrelang unverändert bestehen kann oder zu einem Abscess. Lässt man diesen letzteren spontan, höchstens beschleunigt durch Kataplasmen und heisse Bäder, zum Durchbruch kommen, so ist der Process darnach fast immer in ganz kurzer Zeit zum Abschluss gekommen. Manchmal ist die Abscesshöhle in 2—3 Tagen vollkommen verheilt, während, wenn man incidirt und tamponirt, eine Wundhöhle entsteht, die sich ganz langsam mit dünnen Granulationen überzieht, welche nach Wochen noch nicht die ganze Höhlung ausgefüllt haben. Erst ganz allmalig zieht sich von der Umgebung Epithel in die Wunde hinein und es entsteht eine persistirende Tasche.

Es wäre günstig, wenn man die Verklebung des Drüsenausführungsganges künstlich herbeifuhren könnte, was mir indess nicht gelungen ist z. B. auch nicht durch eingelegte Nähte. Uebrigens ist, trotzdem diese Nähte vereiterten, in den meisten Fällen ziemlich rasch darnach Versiegen der Secretion eingetreten.

Die Vagina wurde zweimal täglich mit Kaliumpermanganat ausgespült. Bei Cervical- und Uteringonorrhoe nahm ich Auswischungen mit 5 und 10proc. Chlorzinklösung vor. Von Injectionen in das Cavum uteri bin ich bald wieder abgekommen der schmerzhaften Koliken wegen, die dadurch hervorgerufen werden, und die gerade bei zwangsweise Behandelten, die immer versichern, dass sie gesund seien und gar keine Beschwerden hätten, recht misslich sind. Auch haben sich mir an solche Injectionen mit der Braun'schen Spritze mehrmals prompt Parametritiden angeschlossen.

Heilungsresultate.

Jeder weiss, zu welchen Täuschungen die Feststellung der Heilung bei Gonorrhoe führen kann. Es ist deshalb nöthig, mit den Anforderungen möglichst hoch zu gehen. Wenn ich dies nun thue und nur die Fälle von Urethralgonorrhoe gelten lasse, die ich nochmals nach Wochen oder Monaten zu untersuchen Gelegenheit hatte, so sind es doch von allen den angeführten weibl. Gonorrhöen noch 50 Fälle von urethraler Gonorrhoe, die ich als absolut geheilt bezeichnen kann. Darunter ist nur ein Fall, der nur einmal nach mehreren Wochen zur Untersuchung kam, alle anderen sind wiederholt, mehrere Inscribirte dabei Dutzende von Malen untersucht worden und haben noch lange Zeit weder Gonococcen noch nennenswerthen Eiterzellengehalt im Urethralsecret dargeboten.

Die weibliche Gonorrhoe zeigt sich zur Heilung viel geneigter als die männliche und unter der Behandlung schwinden meist ganz rasch die Gonococcen aus dem Secret und mit ihnen der grösste Theil der Eiterzellen.

Ein Beispiel für viele:

(Erb) 25./III. 1896 U. Eiz. Epz. ∨ Gonoc. — 30./III. U. Epz. ∧ Eiz. 0 B. — 2./IV. U. Epz. · Eiz. ∧ di. B. — 4./IV. U. Epz. 0 B. — 7./IV. U. Epz. 0 B.

Doch darf man die leichte Heilbarkeit der weiblichen Urethralgonorrhoe ja nicht überschätzen, wie dies von manchen Autoren geschieht, die sie fast als etwas kaum Beachtenswerthes bezeichnen. Leider kann ich den obigen 50 Fällen eine Reihe von etwa 30 entgegenstellen, die sich durch die grösste Hartnäckigkeit auszeichneten.

Bei den meisten derselben gelang es ja wohl im Hospital nach mehreren Wochen gonococcen- und fast eiterzellenfreie Befunde zu erzielen, aber bekam ich sie dann auf der Polizei wieder zur Untersuchung, so war auch der Tripper wieder da. Nun mag es sich ja in manchen Fällen um Neuinfection gehandelt haben, in einzelnen Fällen, wo die günstigen Befunde eine Zeit lang persistirten, ist dies sogar sicher, aber bei den meisten hat eben die Heilung auf Täuschung beruht und die Kranken sind wegen des gleichen Trippers bis zu 7-, 8- und 10mal ins Hospital gewandert.

Dann ist aber noch eine kleine Zahl von Fällen vorhanden, bei denen es mir nicht einmal gelang die urethrale Eiterung und die Gonococcen zum Verschwinden zu bringen.

Vieles spricht dafür, dass es sich hier meistens um [illegible] handelt, die in Blindgängen der Urethra oder der Vulva einen [illegible] gefunden haben, zu denen sie der Behandlung nicht zugänglich sind.

Die Rolle, die der Polizei- und Spitalarzt diesen Fällen gegenüber spielt, in denen die Exactheit der mikroskopischen Untersuchungen ihm fast zur Last wird, ist eine recht traurige, denn es fragt sich, mit welchem Recht sperrt man eigentlich diese Kranken ein, wenn man sie doch nicht heilen kann und was soll man überhaupt mit ihnen anfangen? Diese Frage fand ja meist durch die räumliche Beschränkung der Abtheilung ihre Lösung. Die hier mögliche Behandlungsdauer der weiblichen Gonorrhoe ist im Durchschnitt 21,6 Tage, bleibt somit hinter der in anderen Städten zurück, die im Durchschnitt aus etwa 25 Städten 30 Tage beträgt. Allein es ist ja keine grosse Vergewaltigung des ärztlichen Gewissens, solche Kranke in Freiheit zu lassen, von denen man bestimmt wissen konnte, dass sie von ihrem Gonococcenreichthum freiwillig und reichlich an Andere abgeben würden. Und dass sie dies thaten, wurde mehrmals gewiss durch Anzeigen über von diesen aus erfolgte Infectionen.

Gäbe es Arbeitshäuser für derartige Individuen, so könnte man hier die moralische und physische Behandlung verbinden und sie ebenfalls für lange Zeit unschädlich machen. Diese Personen aber monatelang auf einer Prostituirtenabtheilung festzuhalten, hier moralisch ganz und gar verkommen zu lassen und dann schliesslich doch nicht zu heilen, ist eine Grausamkeit, die ganz ausser Verhältniss zu dem steht, was man damit erreichen will und kann.

Ganz besonders rasch heilen fast immer die Urethralgonorrhoen der Inscribirten, auf deren durch peinliche Pflege gefestigter Schleimhaut der Gonococcus offenbar einen schlechten Halt findet.

Bei einer weiteren Zahl von Fällen gelingt es zwar nicht völlige Heilung zu erzielen, aber doch die Gonorrhoe in das chronische gonococcenarme Stadium überzuführen. Man bekommt dann bei späteren Untersuchungen sehr ungleiche Befunde, bald einmal mehr oder weniger Eiterzellen im Verhältniss zu den Epithelzellen, während man Gonococcen nicht findet oder doch nur zweifelhafte Involutionsformen von solchen. Dieses Stadium ist nun doch noch in manchen Fällen in Heilung übergegangen. In anderen Fällen stösst man denn auch wieder einmal auf eine Exacerbation mit Gonococcen.

Bemerkenswerther Weise findet sich dieses chronische, unregelmässige Befunde gebende Stadium des Harnröhrentrippers selten bei den Inscribirten, sondern hier ist für gewöhnlich der Secretbefund ganz unverdächtig epithelialer Natur und auftretende Erkrankungen treten in den Tabellen scharf hervor.

Doch kann, wie es scheint, der Tripper bei den Inscribirten in einer rudimentären, gonococcenarmen Form auftreten, denn es finden sich öfter nach einer langen Reihe von epithelialen Befunden einige Zeit hindurch sehr verdächtige Eiterzellenfunde. Wie erwähnt, nehme ich in diesem Falle

die Inscribirten in ambulante Behandlung und nach einiger Zeit sind dann wieder normale Verhältnisse geschaffen.

Aeusserst schwer ist es, für die Heilung der Uteringonorrhöen einen festen Standpunkt zu gewinnen. Eine Aehnlichkeit im Verlauf bietet sich ja insoferne, als meistens unter der Behandlung die Gonococcen ganz rasch verschwanden, ja, wie wir gesehen haben, kommen dieselben häufig nur einmal zur Beobachtung, ob behandelt wird oder nicht. Nur tritt hier in den übrigen Symptomen keine charakteristische Veränderung ein, so dass man im Zweifel sein muss, ob man solche Kranke als geheilt bezeichnen darf. Andererseits zeigten in 14 Fällen die Gonococcen im Cervicalsecret eine solche Hartnäckigkeit, dass sie sich bei jeder Wiederholung der Untersuchung fanden.

Die Heilung der Adnexerkrankungen konnte in mehreren Fällen constatirt werden. Wie diese unabhängig von den anderen gonorrhoischen Localisationen vorkommen, so konnten sie auch ausheilen, während im Uebrigen der Tripper fortbestand.

Eine strenge polizeiärztliche Controle sollte natürlich auch einen erkennbaren Einfluss auf den allgemeinen Stand der venerischen Erkrankung in einer Stadt haben.

Da wir hierfür keine anderen verwerthbaren Daten haben als die Gesundheitsverhältnisse der Garnison, so bringe ich im Nachfolgenden die Zahlen der venerischen Erkrankungen der letzten Jahre auf die jeweilige Garnison-Iststärke von Stuttgart berechnet. Ich verdanke dieselben dem Entgegenkommen des K. Württ. Sanitätsamtes.

	1890/91	1891/92	1892/93	1893/94	1894/95	1895/96
Gonorrhoe .	10.6 ‰	12.3 ‰	13.2 ‰	16.7 ‰	12.3 ‰	10.3 ‰
Ulcus molle	2.5 „	1.07 „	2.1 „	7.09 „	4.9 „	3.0 „
Syphilis . .	5.16 „	5.3 „	6.3 „	6.07 „	7.0 „	4.7 „

Wenn nun auch diese Zahlen durchaus nicht entmuthigend sind, sondern in den letzten zwei Jahren einen deutlichen Abfall zeigen, so ist selbstverständlich dieser Zeitraum viel zu kurz, um zu weitertragenden Schlüssen zu berechtigen.

Es bleibt mir noch übrig über Bemühungen zu berichten, die den Zweck hatten durch genaues Ausfindigmachen der Infectionsquelle Aufschlüsse über manche hierbei in Betracht kommende Fragen zu erhalten und auch um zu sehen, inwieweit denn meine Untersuchungsmethode ihre Schuldigkeit that.

Obwohl nun meine Stellung als Polizei- und Spitalarzt im Verein mit der Privatpraxis dazu manche Gelegenheit bot, so ist doch die Zahl der Fälle, die ich zu bieten vermag, nicht sehr gross, denn es ist sonderbar, wie schwer es oft hält, auch wenn die Verhältnisse ganz einfach zu liegen scheinen, die Inficientin so klar zu stellen, dass jeder Zweifel ausgeschlossen erscheint. Denunciationen und unzuverlässige Angaben von

Kranken kommen häufig vor. Sie finden auch stets Berücksichtigung und insbesondere bin ich den Aerzten der Stadt dankbar für entsprechende Anzeigen, aber wissenschaftliche Verwerthung dürfen nur unanfechtbare Fälle finden.

Als diesen Ansprüchen genügend, habe ich mir 18 auf Gonorrhoe bezügliche Fälle notirt.

In 10 von diesen Fällen war die Ansteckung bei Inscribirten erfolgt. Die Inficientin litt: in 6 Fällen (worunter 1 Inscribirte) an Urethralgonorrhoe (einmal mit Bartolinitis), in 1 Fall an Urethral- und Uteringonorrhoe, in 4 Fällen (worunter 3 Inscribirte) wurden Gonococcen nur im Cervicalsecret gefunden.

In 7 Fällen dagegen (6 Inscribirte, 1 Kellnerin) gelang es mit dem besten Willen nicht, den Gonococcennachweis zu liefern. Eine von den Inscribirten hatte allerdings wiederholt an Metritis und Parametritis gelitten und die Urethra bot reichlich Eiterzellen, aber Gonococcen fehlten.

Darnach käme es also ziemlich oft vor, dass Prostituirte die gonorrhoische Infection vermitteln, ohne selbst inficirt zu werden, doch vermuthe ich, dass auch unsere Untersuchungsmethode immer noch einzelne Lücken hat, deren Auffindung unsere Aufgabe sein muss.

Fünfmal war Gelegenheit den Mann zu untersuchen, der lange Zeit mit einer gonorrhoischen Frau (4 Urethral-, 1 Urethral-Uteringonorrhoe) verkehrt hatte, ohne selbst die geringste Spur von Tripper darzubieten, während umgekehrt zweimal in solchem Falle der Mann seine Gonorrhoe nicht auf den weiblichen Theil übertragen hatte.

Es sei hier angeschlossen, dass in 6 Fällen von Lues, worunter ein Primäraffect der Lippe, die Verhältnisse beim inficirenden und inficirten Theil klare waren, ebenso zweimal bei Ulcus molle. Dagegen verdient der Fall Erwähnung, dass bei einem Manne ein indurirtes Ulcus am Frenulum beobachtet wurde, welches, wie durch Confrontation festgestellt wurde, von einer Person herrührte, die kurze Zeit vorher im Katharinen-Hospital an Lues behandelt worden war, zur Zeit des Coitus aber ein Ulcus molle hatte. Die darauf bei dem Manne erwarteten Secundärerscheinungen blieben jedoch aus, nicht einmal Inguinaldrüsenschwellung trat ein. Dafür stellte sich aber heraus, dass Patient bereits im Jahr 1888 einmal Lues durchgemacht hatte.

Ein Gegenstück hiezu ist der Fall, dass von einer Person mit massenhaften ulcerirten Condylomen und ausserdem noch Gonorrhoe, aber ohne Ulceration die als Ulcus molle hätten angesehen werden können, ein Patient sich ein typisches Ulcus molle frenuli ohne Induration holte, welches erst nach vielen Wochen zur Vernarbung kam. Erst 5 Monate nach der Infection traten die ersten Erscheinungen von Syphilis — Papel im Mundwinkel, Laryngitis — auf.

3 Patienten mit Lues gaben mit Bestimmtheit Inscribirte als Quelle an, bei denen sich vorher und nachher nicht die geringsten Erscheinungen von Lues nachweisen liessen.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Vereinigung.

Sitzung vom 3. November 1896.

Vorsitzender: **Lassar.** Schriftführer: **Saalfeld.**

Plonski spricht über **Urticaria pigmentosa**, von der bis jetzt ungefähr 60 Fälle in der Literatur beschrieben sind. Für gewöhnlich tritt dieselbe in frühester Jugend gleich nach der Geburt auf. Nur in einzelnen Fällen hat sich der Beginn der Affection bis in das 25. Lebensjahr erstreckt. P. geht dann etwas eingehender auf das mikroskopische Bild ein und führt das Wesen der Affection auf eine mangelhafte Function der Blutgefässe der Haut zurück. Im Anschluss hieran stellt P. 2 Fälle aus der **Lassar**'schen Klinik vor, von denen bei dem ersten Kinde das Leiden gleich nach der Geburt aufgetreten ist. Die Bildung erhabener Pigmentirungen ist in diesem Falle besonders deutlich ausgeprägt. In dem 2. Falle hat sich die Affection erst im 5. Lebensjahr ohne nennenswerthe subjective Erscheinungen gezeigt und ist schnell verlaufen. Es bestehen hier auch keine ausgesprochenen Erhabenheiten. Ein drittes Kind, das P. vorstellen wollte, ist leider ausgeblieben. Therapeutisch war Natrium salicylicum gegeben worden. Ob mit Erfolg, bleibt dahingestellt.

Mankiewicz demonstrirt eine **Modification des Lefort-schen Dilatators**, welche darin besteht, dass das Leitbougie statt an einer Sonde an einem mit **Beniquet**'scher Krümmung versehenen Katheter befestigt wird. M. geht in der Weise vor, dass er das Leitbougie 24 Stunden in der Harnröhre liegen lässt und dann erst die Dilatation anschliesst. Der Katheter bleibt ebenfalls 24 Stunden in der Harnröhre. Auf diese Weise gelingt es, selbst bei den engsten Stricturen innerhalb dreier Tage noch eine Erweiterung bis 22—24 Charrière zu erreichen. Im Allgemeinen werden in französischen Hospitälern fast alle Katheter mit Hilfe von Leitbougies eingeführt, und zwar in der Weise, dass das Leitbougie dem Katheter aufgesetzt wird. M. erscheint dieses Vorgehen nicht ganz zweckmässig. — Ferner demonstrirt M. eine **Sonde**, welche dazu bestimmt ist, nach der Operation der äusseren Urethrotomie durch die Urethra geleitet zu werden, um an dem in der Dammwunde befindlichen Katheter befestigt zu werden. Auf diese Weise gelingt es, den-

[illegible] durch die Urethra durchzuführen. Schliesslich zeigt M. [illegible] Präparat von einem Fibrosarcom des Samenstranges, welches er im Juli dieses Jahres operirt hat. Der Tumor war [illegible] ein schnelles Wachsthum. Derartige Tumoren des Samenstranges sind im allgemeinen selten.

P. Richter: Ueber Haarfarbe und Haarfärbemittel.

Die bisher gebräuchlichen Haarfärbemittel haben im allgemeinen den Nachtheil, dass sie ihrer Giftigkeit wegen gefährlich sind. Erdmann in Halle hat nun ein Mittel zusammengesetzt, welches unter dem Namen Aureol käuflich zu haben ist. Dasselbe hat als Grundlage das Paraphenyldiamin, welches durch nachfolgende Oxydation mit Wasserstoffsuperoxyd eine brauchbare Farbe gibt. Die genaue Zusammensetzung des Mittels ist folgende: 1%, Metol, 6%, Amidophenol und eine bis dahin ungekannte Base A in 80%, tiger alkoholischer Lösung, der als Oxydationsmittel 1/2%, Natrium sulfurosum zugesetzt ist. Die Base A ist Monoamidophenyldiamin. Das Metol und Amidophenol färben hellbraun. Zusammen geben diese Farbstoffe nach Vorschrift angewendet gute Erfolge. Nach Entfernung der Fettsubstanzen aus dem Haare mittelst Waschungen wird das noch nicht getrocknete Haar mit der Flüssigkeit gleichmässig befeuchtet; nach Verlauf von 2 1/2 Stunden ist die Färbung vollzogen. R. hat das Mittel bei einem Eczematösen auf die erkrankte Stelle auftragen lassen, ohne auch nur einen Tag Verzögerung in der Heilung zu sehen. R. stellt zwei Männer vor, von denen der eine blond, der andere dunkelbraun gefärbt worden ist. Das Mittel ist trotz halbjähriger, wiederholter Anwendung absolut unschädlich.

Schreiber stellt aus der Lassar'schen Klinik einen Fall von Lues hereditaria tarda vor. Die Anamnese lautet dahin, dass die Eltern des Patienten vollständig gesund sind. Fünf Geschwister sind in den ersten Lebenswochen resp. Monaten gestorben. Nur ein Bruder, der älter ist, lebt und ist gesund. Pat. war bis zu seinem dritten Lebensjahr vollständig normal, nur gibt er an, spät sprechen und gehen gelernt zu haben. Dann traten Auftreibungen der Knochen auf, die lange Zeit unter starken Schmerzen bestanden und zu Ulcerationen führten. Durch consequente Jodanwendung wurde allmälig Heilung erzielt. 5 Jahre später zeigten sich neue Exostosen, an die sich wieder exulcerative Processe anschlossen. Mit Merkur ist Patient noch nicht behandelt worden. Derselbe ist jetzt 25 Jahre alt und zeigt eine leidliche Muskelentwicklung; er ist mit papulösen Efflorescenzen besäet. An den Unterextremitäten bestehen säbelscheidenförmige Deformitäten, zahlreiche Narben sind sichtbar und an der Stirn ist eine wallnussgrosse Exostose vorhanden. Die ungemein starke convexe Krümmung der Unterschenkel nach vorn entspricht genau der von Fournier gegebenen Abbildung. Nach Beleuchtung differentialdiagnostischer Momente kommt Vortragender zu der angegebenen Diagnose.

Mayer zeigt eine von Beck, Director der technischen Hochschule in Zurich, angegebene Injectionsspritze. Dieselbe besteht aus einer an

beiden Enden ausgezogenen Glasröhre. Die eine Spitze ist dazu bestimmt, die Canüle aufzunehmen, während an die andere ein Gummiballen befestigt wird, welcher durch eine Hartgummieinlage genügend Festigkeit erhält, um der Hand den nöthigen Widerstand entgegen zu setzen. Um ein Rücklaufen der Flüssigkeit in den Ballon zu verhindern, ist die Ventilöffnung nicht axial, sondern am vordern Ende des Ballons angebracht. Alle Theile der Spritze sind leicht zu reinigen. — Ferner zeigte M. eine Anzahl mikroskopischer Präparate, welche von Piedrahaaren herrühren. Dieselben wurden von einem mit der Affection Behafteten Collegen Prof. Lassar zur Untersuchung zugeschickt. Die bekannten Anschwellungen bestehen, wie das mikroskopische Bild zeigt, aus Pilzhöfen, die wie ein fester Panzer das Haar umgeben. Die Substanz des Haares wird kaum angegriffen. Die Pilze liegen dem Haar so dicht an, dass es schwer ist, dieselben loszulösen. Behrend und Unna ist es bereits gelungen, die Pilze zu züchten. Es handelt sich dabei um eine Art von Fadenpilzen, welche mit den sonst bekannten Arten keinerlei Aehnlichkeit aufweist.

Ledermann stellt ein 8jähriges Kind mit einem Primäraffect am oberen Zahnfleisch vor. Die Infection rührt vom Vater her, dessen Zunge zahlreiche Ulcerationen aufweist.

Ferner stellt L. einen Arbeiter mit Pemphigus vulgaris chronicus serpiginosus vor, bei dem das Leiden bereits eine ziemlich starke Ausbreitung gewonnen hat. Pat. wird mit Arsen, Bädern und Tumenoleinreibungen behandelt.

Schliesslich zeigt L. einen Fall von Lichen ruber planus mit sehr dunklen Pigmentirungen. Am Unterbauch und in der Leistengegend convergiren die Efflorescenzen nach den Pubes entsprechend den Langer-schen Spaltbildungen der Haut.

Eine Discussion fand nicht statt.

O. Rosenthal.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. Neisser und Primararzt Jadassohn in Breslau.)

Therapie der Syphilis.

1. **Lanz.** A. Zur Pathogenese der mercuriellen Stomatitis und der Salivation. Klinische und experimentelle Untersuchung. Inaug.-Dissertation. Moskau 1895. 8°. 181 pp. mit einer Phototypie. Russisch.
2. **Vanverts.** Le traitement antiseptique de la stomatite mercurielle. Ann. de méd. 12. Dec. 1895. Ref. in La Médec. mod. 21. Dec. 1895.
3. **Spillmann.** P. et **Etienne.** Polynévrite dans l'intoxication hydrargyrique aigue ou subaigue. Annal. de Derm. et de Syphil. 1895. 11.
4. **Heller.** Ueber ein der Polyneuritis mercurialis (Leyden) ähnliches, experimentell bei einem Kaninchen erzeugtes Krankheitsbild. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. Karger-Berlin.
5. **Comby,** J. De l'Iode et des Iodures en médecine infantile. La médecine moderne 6. Jahrg. Nr. 55. 10. Juli 1895.
6. **Morel-Lavallée.** L'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis. Revue de Thérapeutique. 62. Jahrgang. Nr. 21. 1. November 1895.
7. **Guibé.** P. Etude sur l'emploie de l'iodure de potassium dans la syphilis. Thèse, Paris 1895.
8. **Richter.** Paul. Beiträge zur Jodmedication. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. S. Karger. Berlin.
9. **Cohen.** G. A Note on a Simple Manner of Overcoming the Catarrh Consequent on the Administration of Potassium Jodide. Lancet. 13. Juli 1895.
10. **Féré.** Des moyens de combattre les éruptions bromiques et iodiques Soc. de Biologie. 11. Jän. 1896. La Semaine méd. 1896. Nr. 4. p. 27.
11. **Selenew,** J. F. Ein Fall von syphilitischer Chloroanämie und eiweissfreien Oedems, geheilt durch Quecksilber. Medizinskoje Obosrenie 1895, Bd. 43. Nr. 2, p. 133—139. Russisch.
12. **Dubarry.** Syphilide de la paupière guérie par le traitement ioduré seul et suivie néanmoins d'accidents cérebrax. Société d'ophthalmologie. Séance de juin. Ref. Le Mecredi médical. Nr. 24. 12. Juni 1895.
13. Traitement de la Syphilis héréditaire. Journal de Clin. et de Thérap. infant. Ref. La Province Médicale 1895 Nr. 38.

14. **Périer.** Traitement de la syphilis du nouveau-né. Journal des mal. cut. et syph. 1894 p. 244.
15. **Horowitz.** Zur Behandlung der Gehirnsyphilis. Centralblatt für die gesammte Therapie 1896. Heft 1.
16. **Lermoyez.** Cura della Syphilide nasale terziaria. La Presse médicale. Il Morgagni. 3. August 1895. Nr. 31.
17. **Lutaud.** Traitement des syphilides vulvaires. La Province médicale. 11. Jahrgang, Nr. 1. 4. Jänner 1896.

(1) (Lanz.) Die im Laufe von einigen Jahren ausgeführte Arbeit besteht aus 3 Theilen. Der erste, historisch-literarische Theil, beginnt mit den Ansichten über die Stomatitis von Avicenna (930—1037) ab und verfolgt alle bis jetzt diese Frage betreffenden Arbeiten, einschliesslich der gebräuchlichsten Lehrbücher der Pharmaco-, Toxico- und Syphilidologie. Im zweiten, klinischen Theile, welcher in dem Mjassnitzki-Spital zu Moskau unter Leitung des Prof. Pospelow ausgeführt wurde, versuchte Lanz bei einer grossen Anzahl von Patienten (250 Frauen und 100 Männer) die von anderen Autoren angegebenen Facta zu controliren und zugleich kritisch zu beleuchten. Der dritte experimentelle Theil, welcher im Institute für allgemeine Pathologie unter Leitung von Prof. Vogt in Moskau ausgeführt wurde (an 12 Katzen und 14 Hunden) enthält wiederum: erstens Versuche, welche zur Controle der Resultate anderer Autoren angestellt wurden, und zweitens Originalversuche. Aus den klinischen Beobachtungen inbetreff der mercuriellen Stomatitis, welche in Folge von therapeutischer Quecksilberverordnung entsteht, kommt Lanz zu folgenden Schlüssen: 1. Die mercurielle Stomatitis äussert sich in einer einfachen und einer gangränösen Form. 2. Die erste Form befällt besonders häufig die Theile des Zahnfleisches, wo an den entsprechenden Zähnen eine Ablagerung von Zahnstein sich befindet und auch die Schleimhaut der Hälfte der Mundhöhle, welche zur Zeit aus irgend welchen Gründen am Kauen keinen Antheil nimmt. Hieher gehören auch die Fälle einfacher Gingivitis und Pyorrhöa alveolaris. 3. Die zweite gangränöse Form kommt am häufigsten beim Durchbrechen der unteren Weisheitszähne oder beim Abstehen des Zahnfleisches von diesen Zähnen vor. 4. Von dieser Form werden auch jene Theile der Mundschleimhaut befallen, auf welche ein Druck von Seiten der Zähne ausgeübt wird. 5. Ungefähr in $^1/_3$ der Fälle ist die mercurielle Stomatitis nicht von Salivation begleitet. 6. Die Salivation bei dieser Form ist eine reflectorische Erscheinung. 7. Der Speichel und das darin enthaltene Hg haben für die Entstehung der mercuriellen Stomatitis keine grosse Bedeutung. 8. Eine Affection der Speicheldrüsen, welche vor der mercuriellen Stomatitis entsteht, ist nicht bewiesen. Dagegen ist eine nachherige Affection leicht möglich. 9. Bei fortgesetztem Einführen von Hg kann der Gewebsverlust sogar abnehmen und die Stomatitis verschwinden. 10. Die einfache mercurielle Stomatitis wird durch die in grosser Anzahl im Munde vorhandenen Mikroorganismen hervorgerufen, insbesondere bei Unsauberkeit desselben. 11. Bei Abwesenheit der Mikroorganismen resp. Sauberhalten der

Mundhöhle entsteht keine Stomatitis. 12. In Folge des Angeführten ist vor der Verordnung der Hg-Cur für die Gesundheit der Mundhöhle resp. Zähne zu sorgen. Auf Grund der an Thieren ausgeführten Versuche kommt Lanz zu folgenden Schlüssen: 1. Die Salivation bei Katzen in Folge von acuter Hg-Vergiftung kommt sehr häufig vor. Dieselbe entsteht sehr schnell, häufig schon einige Minuten nach der Vergiftung und steht also nicht in Beziehung zur mercuriellen Stomatitis. Die Salivation ist unbedeutend und kommt häufig als Begleiterscheinung des Erbrechens vor, welches durch Hg hervorgerufen wurde. Die Existenz eines selbständigen Hg-Ptyalismus im Sinne v. Mering's ist noch nicht bewiesen. 2. Der Speichel spielt keine wesentliche Rolle beim Entstehen der mercuriellen Geschwüre der Mundhöhle, da diese auch nach vollständiger Entfernung der Speicheldrüsen entstehen können. 3. Die mercuriellen Geschwüre bei Hunden entstehen stets an jenen Stellen der Mundschleimhaut, wo ein Druck von Seiten der Zähne ausgeübt wird. 4. Die Elimination des Hg durch die Speicheldrüsen ist bei Hunden gering und hört früher auf als die Elimination durch die Nieren. Bei subcutaner Einführung grosser Mengen von Sublimatlösung ist das Hg im Speichel schon recht bald (nach 8 Minuten) nachweisbar. — Am Schlusse dieser ausgezeichneten Arbeit ist ein ausführliches Literaturverzeichniss gegeben.

A. Grünfeld (Rostow).

(2) Von der Ansicht ausgehend, dass die Stomatitis mercurialis septischen Ursprungs sei und dass das Quecksilber dabei nur einen präparatorischen Factor darstelle, empfiehlt Vanverts: 1. präventiv: tägliches Putzen der Zähne und Mundspülungen (2 Mal täglich) mit Borlösung oder Carbolwasser (1 : 200). 2. curativ: häufigere antiseptische Mundspülungen und Touchiren der ulcerösen Stellen mit concentrirteren Desinficientien. Chlorsaures Kali soll dabei stets vermieden werden.

F. Epstein (Breslau).

(3) Spillmann und Etienne berichten über drei Fälle von Polyneuritis bei acuter und subacuter Quecksilberintoxication. Im ersten Falle wurde ein junger Mann, den ein Apotheker wegen Epididymitis intern mit Hg behandelte, nach einigen Tagen von heftigen Schmerzen in Stamm und Gliedern, Impotenz, ausgesprochener Muskelatrophie befallen. Heilung in 2½ Monaten. Der zweite Patient wurde wegen Syphilis energischer Hg-Behandlung unterzogen, es entwickelten sich heftige Muskelschmerzen, Impotenz, Sprach- und Schlingbeschwerden, psychische Depression, Muskelatrophie. Heilung in 2 Monaten. Der dritte Patient wurde nach einmonatlichem Hg-Gebrauch von gastrischen Erscheinungen, Schmerz in den Wadenmuskeln, der bei Druck zunahm, befallen. Patellarreflex nahm ab, Eiweiss im Urin. Rasche Spontanheilung nach Sistiren des Hg.

E. Finger (Wien).

(4) Heller gibt an, durch die Injection von 0.032 Gr. Sublimat (in 3 Dosen) bei einem Kaninchen das experimentell bisher noch niemals erzeugte Krankheitsbild der Polyneuritis mercurialis (Leyden) hervorgerufen zu haben und bespricht eingehend die motorischen, sensiblen und trophischen

Störungen, die er an dem Thiere beobachtete. Der Sectionsbefund und die mikroskopischen Untersuchungsresultate, soweit sie bisher am Nervensystem ausgeführt sind, scheinen für seine Annahme zu sprechen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

(5) Comby bespricht in eingehender Weise die Anwendung, welche das Jod und seine Präparate in der Kinderpraxis finden. Er erblickt in ihm eines der besten und sichersten Antiseptica und ein gutes Mittel, um den Ernährungszustand des Kindes zu beeinflussen. Als Einleitung werden Bemerkungen über die physiologischen und pharmakodynamischen Eigenschaften des Jods und der Jodpräparate vorausgeschickt. Den Jodismus bezeichnet C. als ein seltenes Ereigniss bei Kindern; bei kleinen ist er sogar völlig auszuschliessen. Der Grund hierfür liegt seiner Ansicht nach in der experimentell festgestellten beschleunigten Jodausscheidung im Kindesalter. Der nächste Abschnitt ist den Indicationen und Contraindicationen der Joddarreichung gewidmet. Als Specificum ist das Jod bei hereditärer Syphilis und bei tardiven Erscheinungen der acquirirten Lues indicirt. Bei primären und secundären Symptomen genügt Quecksilber, bei tertiären Jodkali. Eine Ausnahme davon bildet die hereditäre Syphilis der Neugeborenen, bei der frühzeitig mit der Darreichung von Jodalkalien begonnen werden muss. Doch nicht nur die sicher luetischen Kinder sollen Jod bekommen, sondern auch alle die, welche suspect erscheinen, sei es durch Coryza, Exostosen und ähnliche Symptome, sei es durch Kachexie, die ohne ersichtlichen Grund auftritt, oder falls sie vorzeitig geboren sind, oder die Mutter Aborte in ihrer Anamnese aufweist; auch bei Krämpfen, Pseudoparalyse, meningitischen Erscheinungen u. s. w. Selbstverständlich ist die Jodanwendung bei Kindern mit Gummiknoten, Knochenerkrankungen, Gaumenperforationen und bei paroxysmaler Hämoglobinurie. Endlich bei allen parasyphilitischen Erscheinungen (Fournier) wie Hydrocephalus, Hirntumoren, partiellen Epilepsien u. s. w. Aus den nun folgenden Angaben über Joddarreichung bei den verschiedensten Kranheiten der Kinder (und Erwachsener?!) sei nur hervorgehoben, das C. mit Jodkali bei Actinomycose und bei Trichophytia circinata mit Jodtinctur die besten Resultate erzielt hat. Mit letzterer hat er auch einige Erfolge bei Verrucae planae des Gesichtes und der Hände und bei Pityriasis versicolor gesehen. Endlich verwendet er sie mit Vortheil bei allen Stomatitiden und bei Diphtherie der Haut. Contraindicirt ist der innerliche Jodgebrauch bei Kindern, welche tuberculös, welche (ohne specifische Ursache) kachektisch sind und welche an pruriginösen Dermatosen, Urticaria, Ekzem, Prurigo, Acne, Furunculose u. s. w. leiden. Ueber die Art der Darreichung und Dosirung ist im Originale nachzulesen. Paul Oppler (Breslau).

(6) Morel-Lavallée, der bezüglich der Syphilistherapie vollständig auf dem Boden der Fournier'schen Principien steht, stellt folgende Sätze auf: 1. Hg muss die Grundlage der Syphilisbehandlung bilden; JK stellt ein äusserst nützliches therapeutisches Hilfsmittel dar. 2. Die Mercurialisation muss genügend lange und in genügender Dosis stattfinden, wenn man eine relative Sicherheit für die Zukunft erzielen will. 3. Dem

Fournier'schen Satze: „eine Syphilis, deren Hg-Behandlung vor Ablauf des zweiten Jahres ausgesetzt worden ist, ist ungenügend behandelt," muss hinzugefügt werden, „wenn aber dazwischen öfters JK-Curen eingeschaltet, oder gar an die Stelle von Hg-Curen getreten sind, ist der Werth der Behandlung gleich Null. 4. Hg hat einen präventiven Einfluss allen Erscheinungen der Syphilis gegenüber. JK hat trotz seiner ausgezeichneten Wirkung bei ulcerösen tertiären Formen, Gummen, Ulcerationen des Gaumensegels und gewissen visceralen Syphiliden keinen Einfluss auf das Recidiviren des Krankheitsprocesses, auch nicht der von ihm geheilten Formen. In allen rebellischen Fällen dieser Art muss Hg zu Hilfe genommen werden. Indicationen für JK-Darreichung sind: Eruptionsfieber, Kopfschmerzen, Arthralgien, Pseudorheumatismus, Neuralgien, Knochenschmerzen, Iritis, Psoriasis palmaris (bei letzterer bedarf es jedoch gleichzeitiger Hg-Darreichung), Gummen, trockene und ulcerirte tuberöse Syphilide, viscerale Sclerosirungen und Gaumengummata. Alle tertiären Infiltrationen mit Neigung zu Hypertrophie erfordern gleichzeitig Hg. Paul Oppler (Breslau).

(7) Guibé gibt eine gute Monographie über die Anwendung und Wirkung der Jodpräparate. E. Finger (Wien).

(8) Richter berichtet, dass er mit der Tinctura Jodi, die er nach dem Vorgange von Jullien in Dosen von 10—30 Tropfen (3mal pro die) bei luetischen Affectionen, die Jodmedication erforderten, verordnete, sehr gute Erfolge erzielt habe; besonders betont er, dass bei dieser Jodverabreichung niemals Jodismus aufgetreten sei, obgleich die in der Pharmakopöe vorgeschriebene Maximaldosis (von 0·2—1·0) hierbei erheblich überschritten wurde. Ferdinand Eppstein (Breslau.)

(9) Cohen empfiehlt wenige Tropfen Tinctura Belladonnae zur Verhütung des Jodismus. J.

(10) Während nach Féré bei Bromexanthemen die Darmantisepsis gute Erfolge erzielt, hat sie keine Wirkung auf die Joderuptionen. Bei beiden Arznei-Dermatosen aber soll die Hautantisepsis in Form von Kalihypermanganicum-Bädern gleich vortheilhaft sein.
J. Jadassohn (Breslau).

(11) Selenew beobachtete einen 25jähr. Mann, welcher an Lues gummosa und zugleich an Malaria litt. Die Untersuchung des Blutes ergab eine verringerte Zahl der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes sowie vergrösserte Menge der weissen Blutkörperchen. Es war somit ohne Zweifel das Bestehen einer syphilitischen Chloranämie zu constatiren. Ausserdem ergab die Anamnese sowie die Anwesenheit von Plasmodien im Blute, dass der Pat. auch an Malaria litt. Nach energischer Behandlung mit Quecksilber, in Form von Injectionen des benzoesauren Quecksilbers, im Laufe von 40 Tagen besserte sich der allgemeine Zustand des Patienten bedeutend, die Blutbestandtheile, die syphilitischen Symptome schwanden und die früher vorhandenen Fieberanfälle hörten vollständig auf. A. Grünfeld (Rostow).

(12) Dubarry stellt einen Fall vor, bei dem 22 Jahre nach der Infection ein ausgebreitetes ulceröses Syphilid des Augenlides auftrat; dasselbe heilte auf grosse Dosen von Jodkalium innerhalb wenigen Tagen. Es wurde dann eine Schmiercur eingeleitet und Jodkali weiter gebraucht; trotzdem traten bald darauf Gehirnerscheinungen (Krämpfe, Ptosis u. s. w.) auf, die erst dann verschwanden, als statt der Schmiercur Quecksilberinjectionen gegeben wurden. D. hält letztere allein für geeignet, schwere Späterscheinungen erfolgreich zu beeinflussen. Paul Oppler (Breslau).

(13) Es werden für die Behandlung hereditär luetischer Kinder folgende Methoden empfohlen: z. B. für ein Kind von 6 Wochen (es sind die Dosen von Liqu. van Swieten und Gibert'schem Syrup für alle Altersstuffen angegeben): 1. 4mal täglich 20 Tropfen Liqu. van Swieten, 2. zugleich Einreibungen mit Ung. Napolit. von $^1/_2$—2·0 Gr. und zwar an denjenigen Stellen, die nicht sehr leicht resorbiren und nicht stark behaart sind. Die Einreibungen werden Abends gemacht und zwar mehrere Minuten bis $^1/_4$ Stunde lang, die eingeriebene Stelle wird mit Watte bedeckt, welche 8—10 Stunden liegen bleibt, worauf die Stelle mit Seife abgewaschen wird; 2mal wöchentlich wird das Kind in Stärke-Bädern gebadet. Diese Behandlung ist in den ersten 5—6 Monaten ohne Unterbrechung nur mit abwechselnd steigenden und geringeren Dosen fortzuführen. Von Gibert'schem Syrup sollen 4—5mal täglich $^1/_4$, $^1/_3$, $^1/_2$ Kaffeelöffel in einem Fläschchen mit Wasser verabreicht werden. Für Sublimatbäder, die bei ulcerösen Affectionen zu vermeiden sind, werden die folgenden 2 Recepte gegeben: 1. Hydrarg. bichlor. corros. 3·0
Alkohol 30·0

Für ein Bad von $^1/_4$stündiger Dauer.

2. Hydrarg. bichlor. corros. 4·0
Ammon. muriat. 6·0
Aqu. 2500·0

Für ein Bad von 10 Minuten (alle 2 Tage).

Bei der geringsten Darmreizung sind zunächst die Bäder, bei anhaltenden Diarrhoen auch die Darreichung von Hg per os auszusetzen, dagegen mit den Einreibungen fortzufahren. Indirecte Behandlung. Verabreichung von Hg an die Mutter resp. die Amme; sind diese selbst syphilitisch, dann Jodkalium per os und Hg-Inunctionen. Es folgen dann noch einzelne Vorschriften für die locale Behandlung der einzelnen Manifestationen: Plaques muqueuses mit dem Argentum-Stift. Ulcerationen mit Aqu. phagedaenic. (Sublimat 0·25: Aqu. 100·0). Knochenauftreibungen mit Hg-Pflaster. X.

(14) Périer stellt für die Behandlung der congenitalen hereditären Lues folgende Principien auf: Schützen vor jeder Erkältung, Ernährung an der Mutterbrust, resp. an der Brust einer syphilitischen Amme, nie einer gesunden; sonst an der Brust einer Eselin und später einer Ziege, Liquor van Swieten 10—30 Tropfen täglich in Milch, tägliche Einreibungen mit 1·0 Ung. hydr. ciner. Local bei Coryza 2mal tägliche Ausspülungen mit Van Swieten'scher Lösung (1 : 4), 2mal wöchentliche

Sublimatbäder (0·5 pro balneo), Behandlung von Papeln, Plaques und Ulcerationen mit empl. hydrarg., Calomel und Arg. nitr. Vom vierten Monat an 20—40 Tropfen Gibert'schen Syrup täglich. Bei tardiver hereditärer Syphilis empfiehlt er neben roborirender Allgemeinbehandlung 2 Kaffeelöffel Jodkali (Kalii jodati 5·0, Syr. gentian. 250·0) täglich.

Paul Neisser (Beuthen).

(15) Horowitz stellt kurz und treffend die Nachtheile der Hg-Behandlung mit Inunctionen zusammen, welche bei der Injectionstherapie in Wegfall kommen. Besonders wünscht er die letztgenannte Methode angewendet zu sehen bei allen Fällen, wo schnelle energische Hg-Zufuhr nothwendig ist (Gehirn, Augen etc.). Veranlasst zu diesem Postulat wurde H. durch folgende Beobachtungen: Ein Patient hatte schon früher öfters Inunctionscuren mit dem erwünschtem Erfolge durchgemacht. Bei einer erneuten Erkrankung des Gehirns und anderer Nervengebiete erwies sich die Schmierkur erfolglos trotz einer Dosirung von 6·0 p. die. Dieser Umstand veranlasste H. den Urin auf Hg untersuchen zu lassen, was ein völlig negatives Resultat hatte. H. begann mit einer Sublimat-Injectionscur und konnte nach wenigen Wochen trotz der Schwere des Falles den Patienten geheilt entlassen. H. bittet in allen Fällen, wo die Inunctionscur nicht den üblichen Erfolg hat, den Urin auf Hg untersuchen zu lassen und bei negativem Ausfall baldigst die Application des Hg zu ändern.

Max Pinner (Breslau).

(16) Lermoyez weist darauf hin, welch' schwere Zerstörungen die tertiäre Syphilis an der Nase hervorbringt und wie schwierig oft ihre Diagnose ist, zumal dann, wenn sonst keine Manifestation der Syphilis vorhanden ist. Und doch ist es wichtig, hier besonders früh antiluetisch vorzugehen, denn wenn eine Ulceration eingetreten ist, kommt es zur Abstossung von Sequestern. zu Ozaena und zu entstellenden Narben. Oft ist der Tumor in der Nase so von Krusten bedeckt, dass erst nach Entfernung derselben eine Diagnose möglich ist. Aber auch wenn diese nicht sichergestellt ist, sollte man immer möglichst früh Jodkali geben, damit es nicht zum Zerfall des Tumors kommt. Besonders wichtig ist es, die oberen Theile der Nasenhöhle zu untersuchen, von wo der Process auf die Schädelknocheu übergreifen kann. Wird keine Therapie eingeleitet, so wird das Septum zerstört, die Muscheln atrophiren, es stellt sich ein fötider Ausfluss ein, und schliesslich kommt es durch Einsinken des Nasenskeletes zur Bildung der sog. Sattelnase. In allen schweren Fällen gibt L. Jodkali (2 - 12 Gr. rasch steigend) und Hg (Einreibungen à 4 Gr.) gleichzeitig. Ebenso behandelt er stets local: er macht Ausspülungen mit Sublimat 1 : 1000 oder Kali hypermang. 9 : 3000·0, ferner Einblasungen mit Jodol oder Aristol. Die Geschwüre pinselt er mit Jodglycerin (1 :100·0). Sequester müssen entfernt werden, aber erst, wenn sie gelöst sind. Die atrophische Rhinitis wird mit antiseptischen Ausspülungen behandelt. Die Hauptsache bleibt immer die allgemeine möglichst frühzeitige Behandlung, zur Verhütung von zerstörenden Processen.

Julius Raff (Stuttgart).

(17) Lutaud behandelt die Plaques muqueuses der Vulva mit Sitz- und Vollbädern von ungefähr einstündiger Dauer. Auf ein Bad von 250 Litern gibt er Sublimat und Ammonium chlorat. aa 15·0, Eucalyptusalkohol 500·0. Von dieser Mischung werden auch über Nacht Umschläge applicirt. Nach jeder Miction Einpudern mit einem Calomel- (2·0) Lycopodium- (10·0) Pulver. Wird Hg nicht vertragen, ein Umschlag mit Chlorhydrat 10·0, Tinctura Eucalypti 20·0 auf 150 Wasser; ausserdem noch 2 bis 3mal wöchentlich Pinslungen mit dem Argentumstifte. Bei Papeln an den Genitalien verwendet L. folgende Salbe:

Axungiae benzoic.
Glycerin. boric. aa 15·0
Zinc. oxydat.
Hydr. praecipitat. alb. aa 2·0

2 bis 3mal am Tage.

Bei schwer zu beseitigenden Papeln finden Salpeter-Chromsäure und Chlorzink Anwendung; nur Chromsäure schmerzt nicht, bei den anderen wird vorher cocainisirt. Paul Oppler (Breslau).

Venerische Helkosen.

1. **Ducrey**, A. Noch einige Worte über das Wesen des einfachen contagiösen Geschwüres. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XXI., Nr. 2.
2. **Dubreuilh.** Sur une épidémie de chancres mous. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 46.
3. **Isatschik**, M. Ungewöhnliche Localisation des Ulcus molle. Russkaja Medizina 1894, Nr. 31. (Ref. Jeszenedjelnik 1894, Nr. 41.) Russisch.
4. **Campana.** Uretrite cronica ed ulcero semplice contagioso. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche 1895, 15 Juin, Nr. 72.
5. **Frank**, Ernst R. W. Ein Fall von Urethraldefect in Folge eines phagedänischen Schankers. Festschrift für Lewin, 5. Nov. 1895. S. Karger. Berlin.
6. **Cheinisse.** Chancres simples des doigts. Journal des maladies cut. et syphilitiques 1894, p. 12.
7. **Bull.** Chancre mou de la paupière. Norsk magazin for laegevidenskaben. L. V. 6. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1894, p. 747.
8. **Welander**, Edvard. Weitere Versuche mit der Behandlung mit Wärme. Nord. Med. Arkiv 1895, Band V, Heft 3, Nr. 12.
   Berlien, Edvard. Ein Apparat für constante locale Wärme (Hydrothermostat). Nord. Med. Arkiv 1895, Band V, Heft 3, Nr. 13.
9. **Stepanow**, A. D. Ueber die Behandlung des weichen Schankers. Wratsch 1894, Nr. 25 u. 26, pag. 713—715 u. 744—746. Russisch.
10. **Neisser**, A. Bemerkungen zur Therapie des Ulcus molle. (Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 36.)

11. **Feibes**, E. Zur Behandlung des Ulcus molle. Dermat. Zeitschr., Band II.
12. **Castel**, Du. Traitement du chancre simple. Ref. La Médecine moderne. 6. Jahrg. Nr. 77. 25 September 1895.
13. **Le traitement** du chancre mou phagédénique. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 158.
14. **Bayer**. Altes und Neues über kranke Lymphdrüsen. Langenbeck's Archiv, Bd. 49, 3.
15. **Audry**, Ch. Das Vorhandensein des Ducrey-Unna'schen Bacillus im Bubo des Ulcus simplex vor Auftreten des Eiters. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XX, Nr. 5.
16. **Riedel**. Dauerndes Oedem und Elephantiasis nach Lymphdrüsenexstirpation. Langenbeck's Archiv 1894.
17. **Grünfeld**. Die Therapie der Bubonen. Centralbl. f. die gesammte Therapie. Nr. 5, Mai 1895.
18. **Neebe**. Zur Behandlung des Bubo. Monatsheft f. prakt. Derm., Bd. XX, Nr. 10.
19. **Aievoli**. Contribuzione alla chirurgia dell' apparato glandolare linfatico ed allo sonotamento tipico della fossa inguino-crurale. Il Morgagni, Juni 1895, Nr. 6.
20. **Yokom**. The Treatment of Suppurating Glands by Radical Removal, Boric-Acid Packing, and Immediate Suturing of the Wound. The New-York Medical Journal. Vol. LXIII. Nr. 2, d. 11. Jan. 1896.
21. **Rullier**. Traitement des bubons par les injections de vaseline iodoformée. Arch. de méd. et de pharm. milit. 1895, Nr. 3, p. 209. Ref. Gazette hebdomadaire Nr. 24, d. 15. Juni 1895.
22. **Hayden**. Jodoform-ointment injections in the treatment of suppurative adenitis of the grin. American journal of the medical sciences, November 1895.
23. **Henric**. Du traitement du bubon suppuré par l'injection de vaseline iodoformé. Thèse Lyon 1894.

(1) Ducrey weist zunächst noch einmal die Anschauung zurück, dass alle jene eiternden Continuitätstrennungen, welche man experimentell durch Einimpfung des Eiters verschiedenster Herkunft hervorzubringen suchte, wirklich vom klinischen Standpunkte aus mit weichen Geschwüren identificirt werden können. Ebensowenig als es erlaubt sei, eine Urethritis blennorrhagica mit einer Urethritis simplex zu confundiren oder zu identificiren, bloss weil beide Processe klinisch zahlreiche Berührungspunkte besitzen können, ebensowenig sei es angängig, die venerischen Geschwüre mit denen gewöhnlicher Herkunft zusammenzuwerfen. D., der seit Jahren den Mikroorganismus des weichen Schankers aufzufinden suchte, hat sich überzeugt, dass es mit den gewöhnlichen Methoden der Isolirung auf den bekannten Nährböden nicht gelingt, etwas Anderes aus dem Secrete der weichen Geschwüre zu erhalten als gewöhnliche Mikroorganismen. Mittelst Isolirung aber auf der Haut des Menschen selbst gelang es ihm bekanntlich, gereinigte venerische

Ulcera in ununterbrochener Reihenfolge zu erhalten, die ihre ursprüngliche Virulenz beibehielten, von den anderen Mikroorganismen frei waren, dagegen constant und allein einen besonderen Bacillus aufwiesen. Dieser Befund ist durch zahlreiche Arbeiten anderer Beobachter bestätigt worden. Unna hat dann den pathophoren Parasiten mittelst besonderer Färbemethode im Geschwürsgewebe nachgewiesen. Aber wegen gewisser Verschiedenheiten in der äusseren Erscheinung des Bacillus im Geschwürssecret und im Gewebe blieb er im Zweifel über die Identität der beiden Bacillen. Verf. hat nun verschiedene Serien successiver Impfungen vom Secrete charakteristischer, weicher Geschwüre nach seiner Methode angelegt, sowohl um mit dem reinen, allein den specifischen Bacillus enthaltenden Geschwürssecrete wiederum Culturversuche auf künstlichen Nährböden anzustellen (die bisher andauernd resultatlos geblieben sind), als auch um sämmtliche Geschwüre der Serie vom Muttergeschwür bis zum letzten Tochtergeschwür zu excidiren und so den Bacillus im Gewebe zu studiren. Auf Grund dieser Studien erklärt Ducrey die Bacillen im Gewebe, wie die im Secret für identisch. Beide färben sich gut mit Anilinfarben und entfärben sich nach Gram. Hierzu kommt, dass die Anordnung der Bacillen in Ketten, welche im Gewebe gewöhnlich sehr deutlich hervortritt, auch im Secrete nachgewiesen werden kann, zumal wenn das Präparat aus dem Gewebsdetritus am Grunde der experimentellen Vesicopustel angefertigt ist. Endlich erscheint auch die Abrundung des Bacillenendes, welche deutlicher in den Secretpräparaten und besonders bei isolirten Exemplaren hervortritt, auch bei den Ketten des Gewebes, wie des Secretes oft genug an einzelnen Bacillen, welche die Ketten beginnen und schliessen. Sternthal (Braunschweig).

(2) Dubreuilh berichtet über eine im Jahre 1893 aufgetretene Epidemie von Ulcera mollia in Bordeaux. Während in dem von ihm geleiteten Hospital Saint-Jean in der Zeit vom 1. Aug. 1891 bis 1. Aug. 1892 118 Ulcera mollia und Bubonen bei Männern beobachtet worden seien, sei diese Zahl in dem Zeitraum vom 1. Aug. 1892 bis 1. Aug. 1893 auf 250 gestiegen; alle anderen Zahlen (von Lues. und Gonorrhoe) seien sich gleich geblieben. Ebenso sei die Zahl von 41 auf 79 bei Weibern gestiegen. Auch in der Privatpraxis habe er ein Ansteigen der Ulcera mollia constatiren können. Paul Neisser (Beuthen).

(3) Isatschik beobachtete bei einem 26jähr. Patienten, welcher mehrere Ulcera mollia im Sulcus retro-glandularis hatte, an der linken unteren Thoraxhälfte ein Geschwür von 4·5 Cm. Länge und 8 cm. Breite. Die Ränder dieses Geschwürs waren unterminirt und von einem reactiven entzündeten Hof umgeben, der Boden zeigte im Centrum Granulationen, das Geschwür selbst war schmerzhaft. Die Anamnese ergab, dass dieses Geschwür 4 Tage nach dem Entstehen der Geschwüre am Penis zum Vorschein gekommen, und wahrscheinlich vom Patienten selbst überragen worden war. A. Grünfeld (Rostow).

(4) Campana hat gefunden, dass viele Individuen mit chronischer Urethritis auch bei peinlichster Sauberkeit doch häufig Ulcerationen am

Präputium darboten. Diese beginnen mit einfachen, epithelialen Erosionen und führen schliesslich zu einer Balanitis. In der Urethra finden sich in solchen Fällen zahlreiche Staphylococcen und Diplococcen der verschiedensten Art. Inoculationen von den Ulcerationen ergaben nach 2—3 Tagen eine Pustel. C. glaubt, dass die Urethritis im Zusammenhang stehe mit den Ulcerationen. Max Dreysel (Leipzig).

(5) Frank berichtet von einem Patienten, dem er in Folge eines phagedänischen Schankers, der — vom Präputium ausgehend — dem Septum penis folgend unter die die Corpora cavernosa einhüllende Fascie fortgeschritten war, einen grossen Theil des Corpus cavernosum und die obere Urethralwand in einer Länge von 3 Cm. entfernen musste. Der Defect soll durch einen Scrotalhautlappen gedeckt werden.

Ferdinand Epstein (Breslau).

(6) Cheinisse, der aus allen französischen Statistiken nur 99 Fälle von extragenitalen Ulcera mollia auf 3956 genitale zusammenstellen konnte, berichtet über einen jungen Bäcker, der ausser einem Ulcus molle des Penis zwei Ulcera mollia am rechten Mittelfinger und linken Ringfinger aufwies, welch' letztere er sich — bei Vermeidung jeglicher Reinlichkeit — durch Kratzen mit leicht verletzten Händen am Penis zugezogen hatte. Heilung erfolgte schnell unter geeigneter Medication. Für die Diagnose beweisend war ausser dem klinischen Befund auch die Inoculirbarkeit und die Anwesenheit einzelner Ducrey'scher Bacillen in dem Ulcus an der linken Hand, während das an der rechten Hand zur Zeit schon fast verheilt war. Bei der leichten Inoculirbarkeit glaubt Verf., dass Ulcera mollia der Finger viel häufiger vorkommen, als man gemeinhin annehme, und dass nur der richtige Zusammenhang selten erkannt werde. Paul Neisser (Beuthen).

(7) Bull berichtet über einen Patienten mit Ulcus molle am Penis und oberen Augenlid. Er schreibt den Umstand, dass die extragenitalen Ulcera mollia in Frankreich viel häufiger seien als in Scandinavien, der Häufigkeit der Sitte des Küssens in Frankreich im Gegensatz zu den nordischen Ländern zu. Paul Neisser (Beuthen).

(8) Welander berichtet über die Ergebnisse seiner Behandlung des weichen Schankers mittelst Anwendung von 41° Wärme auf die Geschwüre während einer Zeit von zwei Tagen. So gut wie constant ist nach Verlauf dieser Zeit (oft sogar schon eher) die Virulenz aus dem Geschwür verschwunden und dasselbe völlig rein geworden, worauf es schnell geheilt ist. Bis zum 1. December 1894 hatte Welander im Krankenhause St. Göran diese Behandlung mit dem genannten günstigen Ergebniss bei 330 Personen in Anwendung gebracht, welches Ergebniss sich noch günstiger gestaltet, wenn man in Betracht zieht, dass die Mehrzahl dieser Personen mehr als ein Geschwür gehabt hat, so dass die Anzahl der behandelten Geschwüre sich auf mehr als 2000 beläuft. Die Anzahl der Verpflegungstage ist für nicht complicirte Schanker durch diese Behandlung von 26·3 auf 7·7 Tage gesunken. Bisweilen, in 22 Fällen (vom 1. Jänner bis 1. December 1894), hatte sich der Patient mit der Ab-

sicht in das Krankenhaus aufnehmen lassen, in ihm nur einige Tage, nur so lange zu bleiben, bis die Virulenz aus den Geschwüren verschwunden sein werde; alle diese Patienten konnten nach 2—3 Tagen mit völlig von Virulenz freien Wunden aus dem Krankenhause entlassen werden; die Geschwüre heilten nachher ausserhalb des Krankenhauses schnell. Wenn Wärme nicht in hinreichender Menge durch das Präputium zu dringen vermag, um die Virulenz in den Geschwüren tödten zu können, wird in Fällen von Phimosis eine Sonde unter das Präputium gebracht und durch diese dann viele Male des Tages eine grosse Menge ungefähr 45° C. warmen Wassers rinnen gelassen, wobei der Patient die Präputialmündung wiederholt zudrücken muss, damit der ganze Präputialraum wiederholt mit warmem Wasser erfüllt wird. Diese Behandlung gibt oft sehr günstige Resultate.

Der Schwierigkeit, die Wärme bei der Behandlung constant erhalten zu können, ist durch einen von Dr. Berlien construirten Apparat (Hydrothermostat) abgeholfen worden. Ein Jahr hat W. diesen Apparat beinahe ununterbrochen angewandt, und derselbe hat seinen Zweck, die Temperatur des Wassers, die als nothwendig angesehen wurde (so z. B. einmal bei einem Favusfall 45° C.), constant zu erhalten, in einer ausgezeichneten Weise erfüllt.

E. Welander (Stockholm).

(9) Stepanow führt die Behandlungsmethoden des weichen Schankers an und bevorzugt die Methode der Auslöffelung mit nachfolgender gewöhnlicher Wundbehandlung. In 43 von ihm so behandelten Fällen erzielte S. vollständige Genesung bei 2 Fällen in 5, bei 13 in 5—10, bei 8 in 10—15, bei 3 in 15—20, bei 1 in 20—25 und bei 3 in 25—30 Tagen. In 13 Fällen blieb die Zeit bis zur vollständigen Heilung unbestimmt, weil die Patienten nicht mehr erschienen. In 3 Fällen (7%) kam es zu Bubobildung. 5 Fälle behandelte S. mit Wärme (55° R.) und erzielte schon in 6—8 Tagen vollständige Genesung.

A. Grünfeld (Rostow).

(10) Auf der Neisser'schen Klinik in Breslau ist die Aetzung der Ulcera mollia mit reiner Carbolsäure seit vielen Jahren im Gebrauch. Nach der Aetzung erfolgt die Application von Jodoform als Pulver oder in Salbenform, worauf das Ganze mit Argentum nitricum-Perubalsamsalbe (2·0 : 20·0 : 100·0) bedeckt wird. Die reinigende Wirkung der Carbolsäure ist so ausgezeichnet, dass zur Zerstörung des Virulenz des Ulcus oft eine einmalige Anwendung genügt. Weitere Vortheile sind die Schmerzlosigkeit des Verfahrens und das Fehlen jeglicher artificiellen Infiltration. Anhangsweise berichtet N. über einige Fälle, bei welchen das Ulcus molle provocatorisch der Ausgangspunkt von Spätsyphiliden geworden war. (Die Angabe N's., dass „JK auf primäre und secundäre Processe nicht wirkt, sein Erfolg also die tertiäre Natur des Ulcus erweist", bedarf nach den Erörterungen auf dem Congress der deutschen dermat. Ges. in Graz einer kleinen Einschränkung. Ref.)

Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.)

11) Nach Schilderung der von verschiedenen Seiten empfohlenen Behandlungsmethoden des Ulcus molle, von welchen Verf. besonders die Excochleation des Geschwürs nach Petersen rühmend hervorhebt, empfiehlt Feibes eine Behandlungsmethode, die sich ihm auch besonders bei phagedänischen Geschwüren bewährt hat und in Folgendem besteht: Nach gründlicher Waschung mit Sublimatlösung (1‰) wird der Schanker gut ausgekratzt. Gewebsfetzen und unterminirte Ränder werden mit der gebogenen Schere abgetragen. Die recht mässige Blutung lässt sich, wenn man unter Blutleere arbeitet, ganz vermeiden. Hierauf wird unter Cocainanästhesie die Wunde gründlich mit einer Angerer'schen Sublimatpastille eingerieben und mit einem indifferenten Fett bedeckt, das man zur Verhütung der Anätzung gesunder Partien auch schon vorher in die Umgebung des Geschwüres einreiben kann. Der sich bildende graue Schorf wird dann mit Frick'scher Salbe bestrichen, welche alle 3—4 Stunden erneuert wird. Am 2. oder 3. Tag stösst sich der Schorf ab, und die nun reine Wunde heilt in kurzer Zeit unter Frick'scher Salbe. Vergiftungserscheinungen nach der Anwendung des Sublimats hat F. nie beobachtet. Ludwig Waelsch (Prag).

(12) Du Castel betupft sorgfältig die Oberfläche des Ulcus molle mit einer Lösung von Acid. carbolic. 1·0 auf Alcohol absol. 10·0. Eine einmalige Application soll zur vollkommenen Beseitigung der Virulenz genügen, jedoch ist eine Wiederholung anzurathen. Hiernach wird Salol oder Aristol aufgepulvert. Sitzt der Schanker auf der Haut, so muss die Umgebung vor dem scharf irritirenden Mittel geschützt werden; bei der Schleimhaut ist dies unnöthig. Bei subpräputialen Ulcera kann man die Lösung ohne Gefahr und mit dem allerbesten Erfolge in den Präputialsack spritzen. Paul Oppler (Breslau).

(13) Auf eine von dem „Journal de Médecine de Bordeaux" unternommene Anfrage nach der empfehlenswerthesten Behandlungsweise des phagedänischen Schankers sind folgende Antworten eingelaufen: Arnozan empfiehlt aufs dringendste die Anwendung von Wärme, bestehend in 4—6 mal täglich wiederholten localen Bädern von auf 40° erwärmtem Wasser oder 1‰ Carbol- oder Sublimatwasser, in den Zwischenpausen Jodoform. Dubourg ätzt nach Blosslegung aller sinuösen Stellen und gründlicher Desinfection mit heisser 0·5‰ Sublimatlösung die Ulcera mit dem Pacquelin oder mit Chlorzinklösung (1 : 12); nach nochmaliger Abspülung mit heisser Sublimatlösung Aufpuderung von Salol oder Jodoform und Umschläge mit heissen Sublimatcompressen; daneben roborirende Allgemeinbehandlung. — Dubreuilh preist ebenfalls heisse Localbäder von 1% Carbollösung und 40° Temperatur, verbunden mit Anwendung von Jodoform, eventuell abwechselnd mit Aristol, Dermatol und Salol. — Lannelongue documentirt sich als begeisterter Anhänger des Jodoforms. — Méneau wendet 10% Calomel- und 25% Pyrogallussalben an. — Ylnot empfiehlt nach gründlicher Aetzung mit dem Pacquelin oder Kali causticum, resp. Arg. nitricum Anwendung von Jodo-

form; bei sehr grossen phagedänischen Geschwüren permanente Irrigation oder Application von heissen Sandsäcken. Paul Neisser (Beuthen).

(14) Bezugnehmend auf die Arbeit von Riedel und dessen ungenügende Beweisführung rügend macht Bayer auf seine frühere Arbeit über die Bedeutung des Fettgewebes in Beziehung zu dem Lymphsystem aufmerksam und erörtert, wie die Lymphspalten des Fettgewebes vicariirend als Collaterale für die eigentlichen Lymphgefässe eintreten, sich entwickeln als wirkliche Lymphbahnen aus den präformirten Beständen und stets mit den Lymphdrüsen communiciren. Therapeutisch ist es also enorm wichtig, die Fettkapsel zurückzulassen und eine prima reunio zu erzielen, wie durch möglichst wenig Narbengewebe die Bahnen zu unterbrechen. Felix Löwenhardt (Breslau).

(15) Audry exstirpirte bei einem Patienten, der 5 weiche Schanker der Vorhaut resp. des Sinus balano-praeputialis und in der rechten Leiste ein einziges, nussgrosses, schmerzhaftes Ganglion hatte, dieses letztere. Es war an der Peripherie bläulich, im Centrum rosa gefärbt ohne Hämorrhagien oder Abscedirung. Nach Härtung in Alkohol und Einbettung in Paraffin wurden Stückchen der Drüse geschnitten und mehrere Minuten lang gefärbt mit Borac. 16·0. Methylenblau (gesättigte wässrige Lösung) 24·0. Aq. 20·0; alsdann in Wasser, in eine gesättigte Tanninlösung, Alkohol, Bergamott- und Cedernöl gebracht. Diese Schnitte enthielten die charakteristischen Bacillen, die in den Lymphcanälchen allein oder in Gruppen von 3—4 lagen. Sämmtliche Bacillen schienen im Protoplasma noch lebender Leukocyten eingeschlossen zu sein; ausserhalb der Zellen sah sie Verf. nie, auch nicht im Kern. Aus dem Mitgetheilten geht hervor, dass ein Bubo virulent sein kann, bevor er vereitert. Uebrigens wurde auch die Operationswunde nachträglich geschwürig. Impfungen mit dem serösen Eiter aus den Geschwüren der Wunde ergaben charakteristische Pusteln, in deren Eiter sich der Bacillus leicht einzeln und in Form von Ketten nachweisen liess. Sternthal (Braunschweig).

(16) Die bereits mehrfach festgestellte Thatsache des Zusammenhanges elephantiasisartiger Oedeme mit ausgedehnten Lymphdrüsenexstirpationen als Folge letzterer Operationen veranlasst Riedel zu der Erklärung, ausser bei Carcinom und Tuberculose von jeder derartigen Maasnahme abzusehen und möglichst conservativ vorzugehen. Die Fälle, mit denen er seinen Schluss belegt, sind allerdings keineswegs Belege dafür, dass ein directer Zusammenhang zwischen Operation und Pseudoelephantiasis besteht, sondern beweisen im Allgemeinen nur die alte Beobachtung, dass noch ein Schädigungsmoment hinzukommen muss, wie in diesen Fällen wiederholte Erysipele. Felix Löwenhardt (Breslau).

(17) Nach einer längeren Einleitung über die pathologische Bedeutung der Bubonen kommt Grünfeld zu seinem eigentlichen Thema. Er bespricht zuerst die antiphlogistische und abortive Behandlung und wendet sich dann zur operativen Therapie der suppurativen Bubonen. G. hat als Assistent der v. Sigmund'schen Klinik schon

Ende der sechziger Jahre ein Verfahren geübt, welches er als „subcutane Methode“ bezeichnet und welches er heute noch anwendet. Er macht mit einem spitzen Messer einen kleinen Einstich in die Eiterhöhle etwa 2—4 mm. lang und exprimirt dann den Eiter durch Druck. Meist genügt dies. Hat aber der Eiter eine „üble“ Beschaffenheit, dann injicirt G. noch in die Höhle Sublimat 1 : 1000·0. Beim Verbandwechsel ist die Punctionsöffnung meist verklebt, es muss dann dieselbe wieder eröffnet oder eine neue geschaffen werden, um dem Eiter wieder Abfluss zu verschaffen. G. hat oft Fälle von suppurativem Bubo nach dieser Behandlung in 8 Tagen heilen gesehen. Länger dauert die Heilung, wenn die eitrige Einschmelzung der Drüse unvollständig ist und diese dann nachträglich noch vereitert. Zerfällt die Punctionsöffnung ulcerös, so empfiehlt G. Ausspülungen der Wundhöhle mit Lysol, Sublimat, indem er den Hauptwerth darauf legt, den inficirenden Eiter aus der Wundhöhle wegzuschaffen. Zur Behandlung der schlimmsten Complication, „der sinuösen Hohlgänge“ bei eröffneten Bubonen eignet sich nicht ein Verfahren allein, sondern es muss vieles versucht werden. Sehr empfehlenswerth ist nach G. das Einführen von Jodoformstäbchen. Breitet sich aber die Entzündung aus, wuchern die Drüsenpaquete, kommt Eiter aus der Tiefe, treten Schmerzen bei Bewegungen des Kranken auf, so bleibt als letztes Mittel die Exstirpation der erkrankten Drüsen. Julius Raff (Stuttgart).

(18) Neebe behandelt seit 2 Jahren die Bubonen nach ulcera mollia mit dem von Kollmann empfohlenen Druckverband: Ein etwa $1 \frac{1}{2}$ Faust grosser Ballen ungereinigter Schafwolle wird durch eine Binde fest umwickelt und auf den Bubo gelegt. Alsdann legt man mittelst einer 6 Cm. breiten und 6 Meter langen Cambricbinde eine Spica coxae möglichst fest an, deren Touren sich über dem Bubo kreuzen müssen. Um eine Verschiebung des Wollballens zu verhüten, steckt man an der Kreuzungsstelle der Binde 1—2 starke Sicherheitsnadeln durch. Der Bubo geht nach 3—5 Wochen völlig zurück. Die Patienten können mit diesem Verbande ihre Berufsthätigkeit ausüben. Sternthal (Braunschweig).

(19) Die Arbeit Aievolis, welche mehr chirurgisches Interesse bietet, beschäftigt sich mit der Behandlung der Lymphdrüsenerkrankungen, namentlich der tuberculösen. Der Verfasser, welcher auch über 4 von ihm operirte Fälle berichtet (davon 3 Heilungen), ist ein eifriger Anhänger der frühzeitigen radicalen Exstirpation der erkrankten Drüsen. Er führt an, wie häufig die primäre Drüsentuberculose sei und wie oft man Drüsentumoren operire, deren tuberculöse Natur sich nachträglich herausstelle. Von der medicamentösen Behandlung der chirurgischen Tuberculose hat Verfasser keine guten Erfolge gesehen. Auch die Erfolge anderer Autoren, welche die radicale Exstirpation befürworten, sprechen zu Verfassers Gunsten. Die Beobachtung von Riedel und Bayer, dass nach Radicalexstirpation der Lymphdrüsen häufig permanentes Oedem und Elephantiasis auftreten, kann A. nicht bestätigen, da er niemals einen solchen Fall gesehen hat. Den Vorschlag Bayers,

bei der Operation die Fettkapsel der Drüse zurückzulassen, weil sich nach den Untersuchungen Bayers daraus neue Abflusswege für die Lymphe bilden, hält A. für undurchführbar; denn man lässt mit der Fettkapsel fast unzweifelhaft tuberculöses Gewebe zurück. Verf. ist ebenso, wie Schuchardt der Ansicht, dass häufig Gonorrhoe und Ulcus molle dem Tuberkelbacillus die Gelegenheitsursache geben, in den Körper einzudringen; die nachfolgenden Bubonen der Inguinalgegend sind manchmal tuberculöser Natur, es hat eine Mischinfection stattgefunden. A. glaubt, dass solche Fälle häufiger sind, als man annimmt; es kommt oft vor, dass Patienten ihre venerische Erkrankung völlig übersehen und dann mit einem Bubo zum Arzte kommen, für dessen Zustandekommen man keine Ursache mehr findet. Julius Raff (Stuttgart).

(20) Yokom empfiehlt auf Grund seiner guten Resultate folgende Bubonenbehandlung. Eröffnung durch breite Incision, Entleerung des Eiters und sorgfältigste Entfernung des nekrotischen oder nekrobiotischen Gewebes mit dem scharfen Löffel, Ausspülen mit heissem sterilisirten Wasser, Auswischen mit steriler Gaze. Dann werden die Wundränder beschnitten, die ganze Wundhöhle wird mit pulverisirter Borsäure vollkommen ausgefüllt und die Incision exact vernäht. Ein Drain ist nur dann erforderlich, wenn die Bubonen lange bestanden haben, vernachlässigt sind und grosse Substanzverluste bereits vorhanden sind. Heilung in 8–12 Tagen. Paul Oppler (Breslau).

(21) Rullier empfiehlt die Behandlung der Bubonen mit 1% Jodoformvaseline. Der Bubo wird unter antiseptischen Cautelen mit einer Lanzette oder auch breitem Bistouri punctirt. Entleerung des Eiters durch Druck oder antiseptische Ausspülung; hierauf Injection von vorher in 50° warmem Wasser verflüssigter Jodoformvaseline. Durchschnittlich nach 6—7 Tagen vollständige Heilung ohne sichtbare Narbe. In ca. 15% der Fälle kann man per primam Heilung erzielen. In den anderen Fällen werden die Injectionen in Intervallen von 2—3 Tagen, 2 oder 3 mal wiederholt. Die Methode versagt, wenn die Haut über dem Bubo nekrotisch wird. Paul Oppler (Breslau).

(22) Hayden gibt zunächst eine kurze historische Uebersicht über die Bestrebungen, eiternde Bubonen unblutig zu behandeln. Seine eigene Operationsmethode ist folgende: 1. Antiseptische Reinigung des Operationsfeldes; 2. Injection weniger Tropfen 4% Cocainlösung; 3. Einstich auf den am meisten vorspringenden Punkte, bis Eiter fliesst; 4. Ausdrücken des Eiters; 5. Ausspülung der Abcesshöhle mit reinem Hydrogenium peroxydatum, bis die Spülflüssigkeit rein zurückläuft; 6. Irrigation mit Sublimat 1 : 5000; 7. Anfüllung der Abscesshöhle mit 10% Jodoformsalbe; 8. Feuchter kalter Sublimatverband. In den ersten 24—48 Stunden ist Ruhe erforderlich. Die Heilung erfolgte in 15 Fällen in 1—3 Wochen. Franz Koch (Berlin).

(23) Henric spaltet die Adenitis, wäscht mit Sublimat 1 : 1000 aus und füllt die Höhle mit 10% Jodoformvaseline. E. Finger (Wien).

Gonorrhoe und deren Complicationen.

1. **Heimann.** A Clinical and Bacteriological Study of the Gonococcus (Neisser) as found in the Male Urethra and in the Vulvo-Vaginal Tract of Children. Medical Record 22. Juni 1895. Ref. Edinburgh Medical Journal. Nr. 485. November 1895.
2. **Chadwick.** The Gonococcus. Boston Medical and Surgical Journal. 1895. 3. and 10. October.
3. van **Hest**, J. Nährboden für Gonococcen. Nederl. Tydskr. v. Geneesk. 1895. Nr. 17.
4. **Vale.** Chronic gonorrhea and marriage. Medical News LXVII, 11. 14. Sept 1895.
5. **Reignier.** Les suites d'une blennorrhagie. La Médecine moderne. 6. Jahrgang. Nr. 98. 7. Dec. 1895.
6. **Aschner**, A. Ueber einen Fall von Urethritis membranacea desquamativa. Wiener medic. Wochenschr. 1895. Nr. 35.
7. **Piquet,** L. Contribution à l'étude de l'uréthrite chronique. Thèse. Lyon. 1894.
8. **Batut**, L. Diverticulites blennorrhagiques et abscès péri- ou para-uréthraux à gonocoques. Archives de médecine et de pharmacie militaires. 1895. Nr. 9.
9. **Audry.** Les diverticulites blennorrhagiques chez l'homme. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1894 p. 449.
10. **Baumgarten**, S. Ein Fall von Talgdrüsengonorrhoe und Narben-Keloid des Penis. Wiener med. Wochenschr. 1895. Nr. 24.
11. **Pemberton**, Oliver. The Bradshaw Lecture on James Syme, Regius Professor of Surgery in the University of Edinburgh. 1833—1869. The Lancet. 15. Dec. 1894.
12. **Stewart**, R. W. The Aetiology of Stricture of the Male Urethra with Special Reference to its Relations to Gleet. The New York Medical Journal. 2. u. 9. Febr. 1895. Vol. LXI.
13. **Cormac**, Mac. Restringimento uretrale. (The Clinical Journal.) Il Morgagni 15. Juni 1895. Nr. 24.
14. **Thomas,** Thelwall. Gonorrhoea and Stricture. Liverpool Medical Institution. Ref. Lancet. 27. Oct. 1894.
15. **Finger** Ernest. Ueber Prostatitis blennorrhogica. Nebst Bemerkungen zur Pathologie der Gonorrhoe im Allgemeinen. Wiener med. Wochenschrift. 1895. Nr. 41—43.
16. **Colombini**, P. Della frequenza della prostatite, della vescicolite, della deferentite pelvica nella epididimite blenorragica. Estratto dal Policlinico. Vol. II. M. Fasc. 9. 1895.
17. **Burnett.** A Case of Early Obstruction of the Ejaculatory Ducts. — Boston Medical and Surgical Journal. 1895. 24. Oct.
18. **Fuller.** Remarks on the Seminal Vesicles. Boston Medical and Surgical Journal. 1895. 24. October.

19. **Collings**. Chronic Inflammation of the Seminal Vesicles with Haemorrhage. The New York Medical Journal. Jänner 1896.
20. **Routier**. Orchite blennorrhagique suppurée. Présence du gonocoque dans le pus. La Médecine moderne. 17. Juli 1895. Nr. 57.
21. **Taylor**. Gonorrhoea in Women. The New York Medical Journal. 29. Juni 1895.
22. **Pichevin**. Hygiène et prophylaxie des affections utérines et périutérines. Communication à la société obstétricale de Paris. Journal des mal. cut. et syph. 1894 p. 224.
23. **Leopold**. Gonorrhoische Cystitis und Endometritis gonorrhoica puerperalis mit Demonstration von Präparaten und der Wochenbettscurve. Sitzung der gyn. Gesellschaft zu Dresden. 14. März 1895. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie. 1895 p. 610.
24. **More-Madden**. Sulla leucorrea. (The Clinical Journal.) La Riforma medica. 5. August 1895. Nr. 31.
25. **Wwedensky**, A. A. Gonorrhoische Erkrankungen der Urethra, des Cervix uteri und der Bartholinischen Drüsen bei Prostituirten. S.-A. aus Russkaja Medicina. 1894. Nr. 9. und 11. Russisch.
26. **Auvard**. Un cas de génitalite blennorrhagique. La médecine moderne. 6. Jahrg. Nr. 51. 26. Juni 1895.
27. **Immerwahr** R. Ueber das Vorkommen von Eiterstaphylococcen bei der Endometritis gonorrhoica. Festschrift für Lewin. 5. Dec. 1895. Karger (Berlin).
28. **Leblanc**, G. Contribution à l'étude bactériologique et anatomique de la Bartholinite. Thèse. Paris. 1895.
29. **Gauer**. Ueber Gonococcenbefunde beim Weibe. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. Karger (Berlin).
30. **Reymond**. Formes de salpingite blennorrhagique Société Anatomique. Ref. Le Mercredi mèdical. Nr. 24. 12. Juni 1895.
31. **Cullen**, T. S. Abscess in the Urethro-Vaginal-Septum. Bull. of the Johns Hopkin's Hosp. V. 39. April 1894.
32. **Coyne** et **Auché**. Vulvite des petites filles. Le mercredi médical. 5. Juni 1895. Nr. 23.
33. **Gocaz**, Ch. Einige Betrachtungen über die Prognose und über die Behandlung der Vulvo-vaginitis der kleinen Mädchen. Annal. de la policl. de Bordeaux. 9. 93. Deutsche Med. Ztg. 1894. 7. pag. 77.
34. **Walter**, O. Der Augentripper. Wiener klin. Wochenschrift. 1895. Nr. 10 und 12.
35. **Jullien**. Considérations à propos de la blennorrhagie ano-rectale chez la femme. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. S. Karger (Berlin).
36. **Nash**, W. Gifford. Stricture of the urethers following gonorrhoea a cause of hydronephrosis. The Brit. Med. Journ. 7. Mai 1892.
37. **Warschawsky**, S. J. Ueber die Complicationen des Trippers und deren pathogenetischen Zusammenhang mit dem Neisser'schen Gonococcus. Jeszenedjelnik, 1895, Nr. 6, p. 81—87. Russisch.
38. **Padula**. Febbre infettiva da virus blennorrhagica. Rom 1892.

39. **Breton.** Des phénomènes généraux dans le cours de la blennorrhagie; forme aiguë et forme chronique lente. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 723.
40. **Loxton,** Arthur. A fatal case of gonorrhoea. The Brit. Med. Journ. 5. Jänner 1895.
41. **Villar.** Péritonite blennorrhagique chez l'homme. Le Mercredi médical. 5. Juni 1895.
42. **Roch.** Quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorrhagie. Thèse de Nancy. Ref. in Gazette hebdomad. de Méd. et de Chir. 5. Jänner 1896.
43. **Burci et Respighi.** Contributo alla interpretazione della patogenesi delle sinoviti articolari blennorrhagiche. Bollet. della Soc. med. pisana 1894, I. 1.
44. **Lilienthal,** Howard. Acute Gonorrhoeal Rheumat. The Boston Medical and Surgical Journ. 24. Jan. 1895. Vol. CXXXII., Nr. 4.
45. **Northrup.** Gonnorrhoeal Arthritis. Clinical Observations (Association of American Physicians). Medical News. 15. Juni 1895.
46. **Haushalter.** Un cas de rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né: gonocoque dans le liquide articulaire. 2. Franz. Congress für innere Medicin. Bordeaux 8.—15. Aug. 1895. Ref. La Médecine moderne 6. Jahrg. Nr. 8. d. 24. Aug. 1895.
47. **Vanuxeem,** H. Etude sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. Thèse. Paris. 1895.
48. **Gaston.** Rhumatisme noueux blennorrhagique. Société française de Dermat. et de Syphil. Séance du 10. Janv. 1895. Annales de Derm. et de Syph. 1895. p. 8.
49. **Bar.** Les rapports du rhumatisme blennorrhagique et de la puerpéralité. Presse médicale d. 28. November 1895. Ref. La Médecine moderne. 6. Jahrg., Nr. 96 d. 30. Nov. 1895.
50. **Fié,** Arsène. Une complication rare du curettage de l'utérus, le rhumatisme blennorragique. Thèse de Paris. Ref. Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 d. 2. Februar 1896.
51. **Boucher d'Argis.** De la péricardite blennorrhag. Thèse. Paris. 1895.
52. **Raynaud,** Gabriel. Contribution à l'étude des lesions periarticulaires d'origine blennorrhagique. Thèse. Paris. 1895.
53. **Valerio** N. Il ricambio materiale nell' artrite blennorragica. Gazetta degli ospedali e della cliniche. 8. Febbraio 1896.
54. **Lipski.** Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie. Thèse de Paris. Ref. Gazette Hebdomad. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 2. Februar 1896.
55. **Claudel.** Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. Thèse de Paris. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 747.
56. **Berger.** Abcès sous-conjonctivaux et palpébraux dans le cours d'une conjonctivite blennorrhagique. Arch. d'ophthalm. 1894. Juni. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 691.

57. **Gouget.** Phlébite blennorrhagique. Presse méd. 7. Dec. Ref. in La Médecine moderne. 14. Dec. 1895.

(1) Heimann. Cf. dieses Archiv. XXXIV p. 422.

(2) Chadwick findet bei der Nachprüfung der Arbeiten von Turro, dass dieselben absolut zuverlässig sind. (Man möchte Ch. um das Glück beim Cultiviren des Gonococcus und bei seinen Inoculationen auf Hunde etc. beneiden.) Max Pinner (Breslau).

(3) Van Hest gibt an, dass sich auf folgendem Nährboden Gonococcen gut cultiviren lassen: Schwach alkalische Fleischbouillon, die 1% Pepton enthält, wird mit 25% frischen Urins versetzt, darin 10% Gelatine gelöst und die stark saure Reaction mit Natronlauge zu schwachsaurer Reaction abgestumpft. Y.

(4) Vale bespricht in der vorliegenden Arbeit die wichtige Frage, wann man einen Gonorrhoiker als so weit geheilt ansehen dürfe, um ihm den Heirat-Consens zu ertheilen. Er erörtert im Wesentlichen die von Finger und Janet vorgeschriebenen Massnahmen betreffs der Untersuchung. Als ein nicht unwichtiger Beitrag zu der ganzen Frage seien folgende 2 von ihm herangezogene Fälle referirt: 1. ein junger Mann, der vor 6 Jahren eine acute Gonorrhoe durchgemacht und seit 3 Jahren keinerlei Krankheitssymptome ausgenommen eine bisweilen am Morgen auftretende sehr geringe Secretion wahrgenommen, kommt kurz vor seiner Hochzeit zu seinem Arzte, der im Urin Fäden, die Gonococcen enthalten, findet und ihm zu dem Aufschieben der Ehe räth. Er heiratet trotzdem und 2 Wochen nach der Hochzeit erkrankt seine Frau an den Symptomen einer acuten Gonorrhoe. Der 2. Fall zeigt, dass nur eine häufig wiederholte Untersuchung von künstlich durch Arg. nitr. oder Sublimat-Injectionen hervorgerufenem Secret eine gewisse Sicherheit gegen Irrthümer gewährt: Der Pat. kam am 8. Juli 1895, nachdem er sich 3 Monate vorher inficirt hatte, zu dem Verf. Der Urin war diffus getrübt, in den Flocken keine Gonococcen. Noch 3 Wochen lang theils täglich wiederholte Ausspülungen mit Kal. permang. $^1/_{3000}$ und $^1/_{2000}$, theils Instillationen von Cupr. sulfur. $^1/_{20}$ mit nachfolgender Ausspülung. Am Ende von 3 Wochen waren alle Fäden verschwunden; den nächsten Tag — Sonntag — setzte der Pat. aus; am Montag hatte er reichliches Secret mit typischen in Zellen gelagerten Gonococcenhaufen. Die Zweigläser-Probe bewies durch den klaren 2. Urin, dass der Process in der Urethr. poster. abgeheilt war. (Hat d. V. vor dem Uriniren ausspülen lassen? Ref.) Diese Steigerung der Entzündung der Urethr. anter. schreibt der V. dem Genuss von Krebsen zu — als Abweichung von der sonstigen Diät. (! Ref.) Dieser Befund war V., der auf Grund eines mehrwöchentlichen negativen Befundes den Eheconsens ertheilt, höchst unwillkommen. Mit Janet hebt V. die chronischen Blennorrhoen hervor, bei denen die Gonococcen in der Prostata etc. oder Niere sitzen, für die nicht sehr gründliche und oft wiederholte Untersuchung unauffindbar sind, und gerade in diesen Fällen sieht er die häufige Infectionsquelle für die jungen Frauen, die dann eine Metritis, Salpingitis etc. acquiriren. Auch auf die secundäre In-

39. **Breton.** Des phénomènes généraux dans le cours de la blennorrhagie; forme aiguë et forme chronique lente. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 723.
40. **Loxton,** Arthur. A fatal case of gonorrhoea. The Brit. Med. Journ. 5. Jänner 1895.
41. **Villar.** Péritonite blennorrhagique chez l'homme. Le Mercredi médical. 5. Juni 1895.
42. **Roch.** Quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorrhagie. Thèse de Nancy. Ref. in Gazette hebdomad. de Méd. et de Chir. 5. Jänner 1896.
43. **Burci et Respighi.** Contributo alla interpretazione della patogenesi delle sinoviti articolari blennorrhagiche. Bollet. della Soc. med. pisana 1894, I. 1.
44. **Lilienthal,** Howard. Acute Gonorrhoeal Rheumat. The Boston Medical and Surgical Journ. 24. Jan. 1895. Vol. CXXXII., Nr. 4.
45. **Northrup.** Gonnorrhoeal Arthritis. Clinical Observations (Association of American Physicians). Medical News. 15. Juni 1895.
46. **Haushalter.** Un cas de rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né: gonocoque dans le liquide articulaire. 2. Franz. Congress für innere Medicin. Bordeaux 8.—15. Aug. 1895. Ref. La Médecine moderne 6. Jahrg. Nr. 8. d. 24. Aug. 1895.
47. **Vanuxcem,** H. Etude sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. Thèse. Paris. 1895.
48. **Gastou.** Rhumatisme noueux blennorrhagique. Société française de Dermat. et de Syphil. Séance du 10. Janv. 1895. Annales de Derm. et de Syph. 1895. p. 8.
49. **Bar.** Les rapports du rhumatisme blennorrhagique et de la puerpéralité. Presse médicale d. 28. November 1895. Ref. La Médecine moderne. 6. Jahrg., Nr. 96 d. 30. Nov. 1895.
50. **Fié,** Arsène. Une complication rare du curettage de l'utérus, le rhumatisme blennorragique. Thèse de Paris. Ref. Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 d. 2. Februar 1896.
51. **Boncher d'Argis.** De la péricardite blennorrhag. Thèse. Paris. 1895.
52. **Raynaud,** Gabriel. Contribution à l'étude des lesions periarticulaires d'origine blennorrhagique. Thèse. Paris. 1895.
53. **Valerio** N. Il ricambio materiale nell' artrite blennorragica. Gazetta degli ospedali e della cliniche. 8. Febbraio 1896.
54. **Lipski.** Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie. Thèse de Paris. Ref. Gazette Hebdomad. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 2. Februar 1896.
55. **Claudel.** Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. Thèse de Paris. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 747.
56. **Berger.** Abcès sous-conjonctivaux et palpébraux dans le cours d'une conjonctivite blennorrhagique. Arch. d'ophthalm. 1894. Juni. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 691.

57. **Gouget.** Phlébite blennorrhagique. Presse méd. 7. Dec. Ref. in La Médecine moderne. 14. Dec. 1895.

(1) Heimann. Cf. dieses Archiv. XXXIV p. 422.

(2) Chadwick findet bei der Nachprüfung der Arbeiten von Turro, dass dieselben absolut zuverlässig sind. (Man möchte Ch. um das Glück beim Cultiviren des Gonococcus und bei seinen Inoculationen auf Hunde etc. beneiden.) Max Pinner (Breslau).

(3) Van Hest gibt an, dass sich auf folgendem Nährboden Gonococcen gut cultiviren lassen: Schwach alkalische Fleischbouillon, die 1% Pepton enthält, wird mit 25% frischen Urins versetzt, darin 10% Gelatine gelöst und die stark saure Reaction mit Natronlauge zu schwachsaurer Reaction abgestumpft. Y.

(4) Vale bespricht in der vorliegenden Arbeit die wichtige Frage, wann man einen Gonorrhoiker als so weit geheilt ansehen dürfe, um ihm den Heirat-Consens zu ertheilen. Er erörtert im Wesentlichen die von Finger und Janet vorgeschriebenen Massnahmen betreffs der Untersuchung. Als ein nicht unwichtiger Beitrag zu der ganzen Frage seien folgende 2 von ihm herangezogene Fälle referirt: 1. ein junger Mann, der vor 6 Jahren eine acute Gonorrhoe durchgemacht und seit 3 Jahren keinerlei Krankheitssymptome ausgenommen eine bisweilen am Morgen auftretende sehr geringe Secretion wahrgenommen, kommt kurz vor seiner Hochzeit zu seinem Arzte, der im Urin Fäden, die Gonococcen enthalten, findet und ihm zu dem Aufschieben der Ehe räth. Er heiratet trotzdem und 2 Wochen nach der Hochzeit erkrankt seine Frau an den Symptomen einer acuten Gonorrhoe. Der 2. Fall zeigt, dass nur eine häufig wiederholte Untersuchung von künstlich durch Arg. nitr. oder Sublimat-Injectionen hervorgerufenem Secret eine gewisse Sicherheit gegen Irrthümer gewährt: Der Pat. kam am 8. Juli 1895, nachdem er sich 3 Monate vorher inficirt hatte, zu dem Verf. Der Urin war diffus getrübt, in den Flocken keine Gonococcen. Noch 3 Wochen lang theils täglich wiederholte Ausspülungen mit Kal. permang. $1/_{3000}$ und $1/_{2000}$, theils Instillationen von Cupr. sulfur. $1/_{20}$ mit nachfolgender Ausspülung. Am Ende von 3 Wochen waren alle Fäden verschwunden; den nächsten Tag — Sonntag — setzte der Pat. aus; am Montag hatte er reichliches Secret mit typischen in Zellen gelagerten Gonococcenhaufen. Die Zweigläser-Probe bewies durch den klaren 2. Urin, dass der Process in der Urethr. poster. abgeheilt war. (Hat d. V. vor dem Uriniren ausspülen lassen? Ref.) Diese Steigerung der Entzündung der Urethr. anter. schreibt der V. dem Genuss von Krebsen zu — als Abweichung von der sonstigen Diät. (! Ref.) Dieser Befund war V., der auf Grund eines mehrwöchentlichen negativen Befundes den Eheconsens ertheilt, höchst unwillkommen. Mit Janet hebt V. die chronischen Blennorrhoen hervor, bei denen die Gonococcen in der Prostata etc. oder Niere sitzen, für die nicht sehr gründliche und oft wiederholte Untersuchung unauffindbar sind, und gerade in diesen Fällen sieht er die häufige Infectionsquelle für die jungen Frauen, die dann eine Metritis, Salpingitis etc. acquiriren. Auch auf die secundäre In-

39. **Breton.** Des phénomènes généraux dans le cours de la blennorrhagie; forme aiguë et forme chronique lente. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 723.
40. **Loxton,** Arthur. A fatal case of gonorrhoea. The Brit. Med. Journ. 5. Jänner 1895.
41. **Villar.** Péritonite blennorrhagique chez l'homme. Le Mercredi médical. 5. Juni 1895.
42. **Roch.** Quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorrhagie. Thèse de Nancy. Ref. in Gazette hebdomad. de Méd. et de Chir. 5. Jänner 1896.
43. **Burei et Respighi.** Contributo alla interpretazione della patogenesi delle sinoviti articolari blennorrhagiche. Bollet. della Soc. med. pisana 1894, I. 1.
44. **Lilienthal,** Howard. Acute Gonorrhoeal Rheumat. The Boston Medical and Surgical Journ. 24. Jan. 1895. Vol. CXXXII., Nr. 4.
45. **Northrup.** Gonnorrhoeal Arthritis. Clinical Observations (Association of American Physicians). Medical News. 15. Juni 1895.
46. **Haushalter.** Un cas de rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né: gonocoque dans le liquide articulaire. 2. Franz. Congress für innere Medicin. Bordeaux 8.—15. Aug. 1895. Ref. La Médecine moderne 6. Jahrg. Nr. 8. d. 24. Aug. 1895.
47. **Vanuxcem,** H. Etude sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. Thèse. Paris. 1895.
48. **Gaston.** Rhumatisme noueux blennorrhagique. Société française de Dermat. et de Syphil. Séance du 10. Janv. 1895. Annales de Derm. et de Syph. 1895. p. 8.
49. **Bar.** Les rapports du rhumatisme blennorrhagique et de la puerpéralité. Presse médicale d. 28. November 1895. Ref. La Médecine moderne. 6. Jahrg., Nr. 96 d. 30. Nov. 1895.
50. **Fié,** Arsène. Une complication rare du curettage de l'utérus, le rhumatisme blennorragique. Thèse de Paris. Ref. Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 d. 2. Februar 1896.
51. **Boncher d'Argis.** De la péricardite blennorrhag. Thèse. Paris. 1895.
52. **Raynaud,** Gabriel. Contribution à l'étude des lesions periarticulaires d'origine blennorrhagique. Thèse. Paris. 1895.
53. **Valerio** N. Il ricambio materiale nell' artrite blennorragica. Gazetta degli ospedali e della cliniche. 8. Febbraio 1896.
54. **Lipski.** Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie. Thèse de Paris. Ref. Gazette Hebdomad. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 2. Februar 1896.
55. **Claudel.** Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. Thèse de Paris. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 747.
56. **Berger.** Abcès sous-conjonctivaux et palpébraux dans le cours d'une conjonctivite blennorrhagique. Arch. d'ophthalm. 1894. Juni. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 691.

57. **Gouget.** Phlébite blennorrhagique. Presse méd. 7. Dec. Ref. in La Médecine moderne. 14. Dec. 1895.

(1) Heimann. Cf. dieses Archiv. XXXIV p. 422.

(2) Chadwick findet bei der Nachprüfung der Arbeiten von Turro, dass dieselben absolut zuverlässig sind. (Man möchte Ch. um das Glück beim Cultiviren des Gonococcus und bei seinen Inoculationen auf Hunde etc. beneiden.) Max Pinner (Breslau).

(3) Van Hest gibt an, dass sich auf folgendem Nährboden Gonococcen gut cultiviren lassen: Schwach alkalische Fleischbouillon, die $1^0/_0$ Pepton enthält, wird mit $25^0/_0$ frischen Urins versetzt, darin $10^0/_0$ Gelatine gelöst und die stark saure Reaction mit Natronlauge zu schwachsaurer Reaction abgestumpft. Y.

(4) Vale bespricht in der vorliegenden Arbeit die wichtige Frage, wann man einen Gonorrhoiker als so weit geheilt ansehen dürfe, um ihm den Heirat-Consens zu ertheilen. Er erörtert im Wesentlichen die von Finger und Janet vorgeschriebenen Massnahmen betreffs der Untersuchung. Als ein nicht unwichtiger Beitrag zu der ganzen Frage seien folgende 2 von ihm herangezogene Fälle referirt: 1. ein junger Mann, der vor 6 Jahren eine acute Gonorrhoe durchgemacht und seit 3 Jahren keinerlei Krankheitssymptome ausgenommen eine bisweilen am Morgen auftretende sehr geringe Secretion wahrgenommen, kommt kurz vor seiner Hochzeit zu seinem Arzte, der im Urin Fäden, die Gonococcen enthalten, findet und ihm zu dem Aufschieben der Ehe räth. Er heiratet trotzdem und 2 Wochen nach der Hochzeit erkrankt seine Frau an den Symptomen einer acuten Gonorrhoe. Der 2. Fall zeigt, dass nur eine häufig wiederholte Untersuchung von künstlich durch Arg. nitr. oder Sublimat-Injectionen hervorgerufenem Secret eine gewisse Sicherheit gegen Irrthümer gewährt: Der Pat. kam am 8. Juli 1895, nachdem er sich 3 Monate vorher inficirt hatte, zu dem Verf. Der Urin war diffus getrübt, in den Flocken keine Gonococcen. Noch 3 Wochen lang theils täglich wiederholte Ausspülungen mit Kal. permang. $^1/_{5000}$ und $^1/_{2000}$, theils Instillationen von Cupr. sulfur. $^1/_{20}$ mit nachfolgender Ausspülung. Am Ende von 3 Wochen waren alle Fäden verschwunden; den nächsten Tag — Sonntag — setzte der Pat. aus; am Montag hatte er reichliches Secret mit typischen in Zellen gelagerten Gonococcenhaufen. Die Zweigläser-Probe bewies durch den klaren 2. Urin, dass der Process in der Urethr. poster. abgeheilt war. (Hat d. V. vor dem Uriniren ausspülen lassen? Ref.) Diese Steigerung der Entzündung der Urethr. anter. schreibt der V. dem Genuss von Krebsen zu — als Abweichung von der sonstigen Diät. (! Ref.) Dieser Befund war V., der auf Grund eines mehrwöchentlichen negativen Befundes den Eheconsens ertheilt, höchst unwillkommen. Mit Janet hebt V. die chronischen Blennorrhoen hervor, bei denen die Gonococcen in der Prostata etc. oder Niere sitzen, für die nicht sehr gründliche und oft wiederholte Untersuchung unauffindbar sind, und gerade in diesen Fällen sieht er die häufige Infectionsquelle für die jungen Frauen, die dann eine Metritis, Salpingitis etc. acquiriren. Auch auf die secundäre In-

39. **Breton.** Des phénomènes généraux dans le cours de la blennorrhagie; forme aiguë et forme chronique lente. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 723.
40. **Loxton,** Arthur. A fatal case of gonorrhoea. The Brit. Med. Journ. 5. Jänner 1895.
41. **Villar.** Péritonite blennorrhagique chez l'homme. Le Mercredi médical. 5. Juni 1895.
42. **Roch.** Quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorrhagie. Thèse de Nancy. Ref. in Gazette hebdomad. de Méd. et de Chir. 5. Jänner 1896.
43. **Burei et Respighi.** Contributo alla interpretazione della patogenesi delle sinoviti articolari blennorrhagiche. Bollet. della Soc. med. pisana 1894, I. 1.
44. **Lilienthal,** Howard. Acute Gonorrhoeal Rheumat. The Boston Medical and Surgical Journ. 24. Jan. 1895. Vol. CXXXII., Nr. 4.
45. **Northrup.** Gonnorrhoeal Arthritis. Clinical Observations (Association of American Physicians). Medical News. 15. Juni 1895.
46. **Haushalter.** Un cas de rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né: gonocoque dans le liquide articulaire. 2. Franz. Congress für innere Medicin. Bordeaux 8.—15. Aug. 1895. Ref. La Médecine moderne 6. Jahrg. Nr. 8. d. 24. Aug. 1895.
47. **Vanuxcem,** H. Etude sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. Thèse. Paris. 1895.
48. **Gastou.** Rhumatisme noueux blennorrhagique. Société française de Dermat. et de Syphil. Séance du 10. Janv. 1895. Annales de Derm. et de Syph. 1895. p. 8.
49. **Bar.** Les rapports du rhumatisme blennorrhagique et de la puerpéralité. Presse médicale d. 28. November 1895. Ref. La Médecine moderne. 6. Jahrg., Nr. 96 d. 30. Nov. 1895.
50. **Fié,** Arsène. Une complication rare du curettage de l'utérus, le rhumatisme blennorragique. Thèse de Paris. Ref. Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 d. 2. Februar 1896.
51. **Boncher d'Argis.** De la péricardite blennorrhag. Thèse. Paris. 1895.
52. **Raynaud,** Gabriel. Contribution à l'étude des lesions periarticulaires d'origine blennorrhagique. Thèse. Paris. 1895.
53. **Valerio** N. Il ricambio materiale nell' artrite blennorragica. Gazetta degli ospedali e della cliniche. 8. Febbraio 1896.
54. **Lipski.** Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie. Thèse de Paris. Ref. Gazette Hebdomad. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 2. Februar 1896.
55. **Claudel.** Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. Thèse de Paris. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 747.
56. **Berger.** Abcès sous-conjonctivaux et palpébraux dans le cours d'une conjonctivite blennorrhagique. Arch. d'ophthalm. 1894. Juni. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 691.

57. **Gouget.** Phlébite blennorrhagique. Presse méd. 7. Dec. Ref. in La Médecine moderne. 14. Dec. 1895.

(1) Heimann. Cf. dieses Archiv. XXXIV p. 422.

(2) Chadwick findet bei der Nachprüfung der Arbeiten von Turro, dass dieselben absolut zuverlässig sind. (Man möchte Ch. um das Glück beim Cultiviren des Gonococcus und bei seinen Inoculationen auf Hunde etc. beneiden.) Max Pinner (Breslau).

(3) Van Hest gibt an, dass sich auf folgendem Nährboden Gonococcen gut cultiviren lassen: Schwach alkalische Fleischbouillon, die 1% Pepton enthält, wird mit 25% frischen Urins versetzt, darin 10% Gelatine gelöst und die stark saure Reaction mit Natronlauge zu schwachsaurer Reaction abgestumpft. Y.

(4) Vale bespricht in der vorliegenden Arbeit die wichtige Frage, wann man einen Gonorrhoiker als so weit geheilt ansehen dürfe, um ihm den Heirat-Consens zu ertheilen. Er erörtert im Wesentlichen die von Finger und Janet vorgeschriebenen Massnahmen betreffs der Untersuchung. Als ein nicht unwichtiger Beitrag zu der ganzen Frage seien folgende 2 von ihm herangezogene Fälle referirt: 1. ein junger Mann, der vor 6 Jahren eine acute Gonorrhoe durchgemacht und seit 3 Jahren keinerlei Krankheitssymptome ausgenommen eine bisweilen am Morgen auftretende sehr geringe Secretion wahrgenommen, kommt kurz vor seiner Hochzeit zu seinem Arzte, der im Urin Fäden, die Gonococcen enthalten, findet und ihm zu dem Aufschieben der Ehe räth. Er heiratet trotzdem und 2 Wochen nach der Hochzeit erkrankt seine Frau an den Symptomen einer acuten Gonorrhoe. Der 2. Fall zeigt, dass nur eine häufig wiederholte Untersuchung von künstlich durch Arg. nitr. oder Sublimat-Injectionen hervorgerufenem Secret eine gewisse Sicherheit gegen Irrthümer gewährt: Der Pat. kam am 8. Juli 1895, nachdem er sich 3 Monate vorher inficirt hatte, zu dem Verf. Der Urin war diffus getrübt, in den Flocken keine Gonococcen. Noch 3 Wochen lang theils täglich wiederholte Ausspülungen mit Kal. permang. $^1/_{5000}$ und $^1/_{2000}$, theils Instillationen von Cupr. sulfur. $^1/_{20}$ mit nachfolgender Ausspülung. Am Ende von 3 Wochen waren alle Fäden verschwunden; den nächsten Tag — Sonntag — setzte der Pat. aus; am Montag hatte er reichliches Secret mit typischen in Zellen gelagerten Gonococcenhaufen. Die Zweigläser-Probe bewies durch den klaren 2. Urin, dass der Process in der Urethr. poster. abgeheilt war. (Hat d. V. vor dem Uriniren ausspülen lassen? Ref.) Diese Steigerung der Entzündung der Urethr. anter. schreibt der V. dem Genuss von Krebsen zu — als Abweichung von der sonstigen Diät. (! Ref.) Dieser Befund war V., der auf Grund eines mehrwöchentlichen negativen Befundes den Eheconsens ertheilt, höchst unwillkommen. Mit Janet hebt V. die chronischen Blennorrhoen hervor, bei denen die Gonococcen in der Prostata etc. oder Niere sitzen, für die nicht sehr gründliche und oft wiederholte Untersuchung unauffindbar sind, und gerade in diesen Fällen sieht er die häufige Infectionsquelle für die jungen Frauen, die dann eine Metritis, Salpingitis etc. acquiriren. Auch auf die secundäre In-

39. **Breton.** Des phénomènes généraux dans le cours de la blennorrhagie; forme aiguë et forme chronique lente. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 723.
40. **Loxton,** Arthur. A fatal case of gonorrhoea. The Brit. Med. Journ. 5. Jänner 1895.
41. **Villar.** Péritonite blennorrhagique chez l'homme. Le Mercredi médical. 5. Juni 1895.
42. **Roch.** Quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorrhagie. Thèse de Nancy. Ref. in Gazette hebdomad. de Méd. et de Chir. 5. Jänner 1896.
43. **Burei et Respighi.** Contributo alla interpretazione della patogenesi delle sinoviti articolari blennorrhagiche. Bollet. della Soc. med. pisana 1894, I. 1.
44. **Lilienthal,** Howard. Acute Gonorrhoeal Rheumat. The Boston Medical and Surgical Journ. 24. Jan. 1895. Vol. CXXXII., Nr. 4.
45. **Northrup.** Gonnorrhoeal Arthritis. Clinical Observations (Association of American Physicians). Medical News. 15. Juni 1895.
46. **Haushalter.** Un cas de rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né: gonocoque dans le liquide articulaire. 2. Franz. Congress für innere Medicin. Bordeaux 8.—15. Aug. 1895. Ref. La Médecine moderne 6. Jahrg. Nr. 8. d. 24. Aug. 1895.
47. **Vanuxcem,** H. Etude sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. Thèse. Paris. 1895.
48. **Gastou.** Rhumatisme noueux blennorrhagique. Société française de Dermat. et de Syphil. Séance du 10. Janv. 1895. Annales de Derm. et de Syph. 1895. p. 8.
49. **Bar.** Les rapports du rhumatisme blennorrhagique et de la puerpéralité. Presse médicale d. 28. November 1895. Ref. La Médecine moderne. 6. Jahrg., Nr. 96 d. 30. Nov. 1895.
50. **Fié,** Arsène. Une complication rare du curettage de l'utérus, le rhumatisme blennorragique. Thèse de Paris. Ref. Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 d. 2. Februar 1896.
51. **Boncher d'Argis.** De la péricardite blennorrhag. Thèse. Paris. 1895.
52. **Raynaud,** Gabriel. Contribution à l'étude des lesions periarticulaires d'origine blennorrhagique. Thèse. Paris. 1895.
53. **Valerio** N. Il ricambio materiale nell' artrite blennorragica. Gazetta degli ospedali e della cliniche. 8. Febbraio 1896.
54. **Lipski.** Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie. Thèse de Paris. Ref. Gazette Hebdomad. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 2. Februar 1896.
55. **Claudel.** Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. Thèse de Paris. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 747.
56. **Berger.** Abcès sous-conjonctivaux et palpébraux dans le cours d'une conjonctivite blennorrhagique. Arch. d'ophthalm. 1894. Juni. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 691.

57. **Gouget**. Phlébite blennorrhagique. Presse méd. 7. Dec. Ref. in La Médecine moderne. 14. Dec. 1895.

(1) Heimann. Cf. dieses Archiv. XXXIV p. 422.

(2) Chadwick findet bei der Nachprüfung der Arbeiten von Turro, dass dieselben absolut zuverlässig sind. (Man möchte Ch. um das Glück beim Cultiviren des Gonococcus und bei seinen Inoculationen auf Hunde etc. beneiden.) Max Pinner (Breslau).

(3) Van Hest gibt an, dass sich auf folgendem Nährboden Gonococcen gut cultiviren lassen: Schwach alkalische Fleischbouillon, die 1% Pepton enthält, wird mit 25% frischen Urins versetzt, darin 10% Gelatine gelöst und die stark saure Reaction mit Natronlauge zu schwachsaurer Reaction abgestumpft. Y.

(4) Vale bespricht in der vorliegenden Arbeit die wichtige Frage, wann man einen Gonorrhoiker als so weit geheilt ansehen dürfe, um ihm den Heirat-Consens zu ertheilen. Er erörtert im Wesentlichen die von Finger und Janet vorgeschriebenen Massnahmen betreffs der Untersuchung. Als ein nicht unwichtiger Beitrag zu der ganzen Frage seien folgende 2 von ihm herangezogene Fälle referirt: 1. ein junger Mann, der vor 6 Jahren eine acute Gonorrhoe durchgemacht und seit 3 Jahren keinerlei Krankheitssymptome ausgenommen eine bisweilen am Morgen auftretende sehr geringe Secretion wahrgenommen, kommt kurz vor seiner Hochzeit zu seinem Arzte, der im Urin Fäden, die Gonococcen enthalten, findet und ihm zu dem Aufschieben der Ehe räth. Er heiratet trotzdem und 2 Wochen nach der Hochzeit erkrankt seine Frau an den Symptomen einer acuten Gonorrhoe. Der 2. Fall zeigt, dass nur eine häufig wiederholte Untersuchung von künstlich durch Arg. nitr. oder Sublimat-Injectionen hervorgerufenem Secret eine gewisse Sicherheit gegen Irrthümer gewährt: Der Pat. kam am 8. Juli 1895, nachdem er sich 3 Monate vorher inficirt hatte, zu dem Verf. Der Urin war diffus getrübt, in den Flocken keine Gonococcen. Noch 3 Wochen lang theils täglich wiederholte Ausspülungen mit Kal. permang. $^1/_{5000}$ und $^1/_{2000}$, theils Instillationen von Cupr. sulfur. $^1/_{20}$ mit nachfolgender Ausspülung. Am Ende von 3 Wochen waren alle Fäden verschwunden; den nächsten Tag — Sonntag — setzte der Pat. aus; am Montag hatte er reichliches Secret mit typischen in Zellen gelagerten Gonococcenhaufen. Die Zweigläser-Probe bewies durch den klaren 2. Urin, dass der Process in der Urethr. poster. abgeheilt war. (Hat d. V. vor dem Uriniren ausspülen lassen? Ref.) Diese Steigerung der Entzündung der Urethr. anter. schreibt der V. dem Genuss von Krebsen zu — als Abweichung von der sonstigen Diät. (! Ref.) Dieser Befund war V., der auf Grund eines mehrwöchentlichen negativen Befundes den Eheconsens ertheilt, höchst unwillkommen. Mit Janet hebt V. die chronischen Blennorrhoen hervor, bei denen die Gonococcen in der Prostata etc. oder Niere sitzen, für die nicht sehr gründliche und oft wiederholte Untersuchung unauffindbar sind, und gerade in diesen Fällen sieht er die häufige Infectionsquelle für die jungen Frauen, die dann eine Metritis, Salpingitis etc. acquiriren. Auch auf die secundäre In-

39. **Breton.** Des phénomènes généraux dans le cours de la blennorrhagie; forme aiguë et forme chronique lente. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 723.
40. **Loxton**, Arthur. A fatal case of gonorrhoea. The Brit. Med. Journ. 5. Jänner 1895.
41. **Villar.** Péritonite blennorrhagique chez l'homme. Le Mercredi médical. 5. Juni 1895.
42. **Roch.** Quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorrhagie. Thèse de Nancy. Ref. in Gazette hebdomad. de Méd. et de Chir. 5. Jänner 1896.
43. **Burei et Respighi.** Contributo alla interpretazione della patogenesi delle sinoviti articolari blennorrhagiche. Bollet. della Soc. med. pisana 1894, I. 1.
44. **Lilienthal**, Howard. Acute Gonorrhoeal Rheumat. The Boston Medical and Surgical Journ. 24. Jan. 1895. Vol. CXXXII., Nr. 4.
45. **Northrup.** Gonnorrhoeal Arthritis. Clinical Observations (Association of American Physicians). Medical News. 15. Juni 1895.
46. **Haushalter.** Un cas de rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né: gonocoque dans le liquide articulaire. 2. Franz. Congress für innere Medicin. Bordeaux 8.—15. Aug. 1895. Ref. La Médecine moderne 6. Jahrg. Nr. 8. d. 24. Aug. 1895.
47. **Vanuxcem**, H. Etude sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. Thèse. Paris. 1895.
48. **Gaston.** Rhumatisme noueux blennorrhagique. Société française de Dermat. et de Syphil. Séance du 10. Janv. 1895. Annales de Derm. et de Syph. 1895. p. 8.
49. **Bar.** Les rapports du rhumatisme blennorrhagique et de la puerpéralité. Presse médicale d. 28. November 1895. Ref. La Médecine moderne. 6. Jahrg., Nr. 96 d. 30. Nov. 1895.
50. **Fié**, Arsène. Une complication rare du curettage de l'utérus, le rhumatisme blennorragique. Thèse de Paris. Ref. Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 d. 2. Februar 1896.
51. **Boncher d'Argis.** De la péricardite blennorrhag. Thèse. Paris. 1895.
52. **Raynaud**, Gabriel. Contribution à l'étude des lesions periarticulaires d'origine blennorrhagique. Thèse. Paris. 1895.
53. **Valerio** N. Il ricambio materiale nell' artrite blennorragica. Gazetta degli ospedali e della cliniche. 8. Febbraio 1896.
54. **Lipski.** Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie. Thèse de Paris. Ref. Gazette Hebdomad. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 2. Februar 1896.
55. **Claudel.** Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. Thèse de Paris. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 747.
56. **Berger.** Abcès sous-conjonctivaux et palpébraux dans le cours d'une conjonctivite blennorrhagique. Arch. d'ophthalm. 1894. Juni. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 691.

57. **Gouget.** Phlébite blennorrhagique. Presse méd. 7. Dec. Ref. in La Médecine moderne. 14. Dec. 1895.

(1) Heimann. Cf. dieses Archiv. XXXIV p. 422.

(2) Chadwick findet bei der Nachprüfung der Arbeiten von Turro, dass dieselben absolut zuverlässig sind. (Man möchte Ch. um das Glück beim Cultiviren des Gonococcus und bei seinen Inoculationen auf Hunde etc. beneiden.) Max Pinner (Breslau).

(3) Van Hest gibt an, dass sich auf folgendem Nährboden Gonococcen gut cultiviren lassen: Schwach alkalische Fleischbouillon, die 1% Pepton enthält, wird mit 25% frischen Urins versetzt, darin 10% Gelatine gelöst und die stark saure Reaction mit Natronlauge zu schwachsaurer Reaction abgestumpft. Y.

(4) Vale bespricht in der vorliegenden Arbeit die wichtige Frage, wann man einen Gonorrhoiker als so weit geheilt ansehen dürfe, um ihm den Heirat-Consens zu ertheilen. Er erörtert im Wesentlichen die von Finger und Janet vorgeschriebenen Massnahmen betreffs der Untersuchung. Als ein nicht unwichtiger Beitrag zu der ganzen Frage seien folgende 2 von ihm herangezogene Fälle referirt: 1. ein junger Mann, der vor 6 Jahren eine acute Gonorrhoe durchgemacht und seit 3 Jahren keinerlei Krankheitssymptome ausgenommen eine bisweilen am Morgen auftretende sehr geringe Secretion wahrgenommen, kommt kurz vor seiner Hochzeit zu seinem Arzte, der im Urin Fäden, die Gonococcen enthalten, findet und ihm zu dem Aufschieben der Ehe räth. Er heiratet trotzdem und 2 Wochen nach der Hochzeit erkrankt seine Frau an den Symptomen einer acuten Gonorrhoe. Der 2. Fall zeigt, dass nur eine häufig wiederholte Untersuchung von künstlich durch Arg. nitr. oder Sublimat-Injectionen hervorgerufenem Secret eine gewisse Sicherheit gegen Irrthümer gewährt: Der Pat. kam am 8. Juli 1895, nachdem er sich 3 Monate vorher inficirt hatte, zu dem Verf. Der Urin war diffus getrübt, in den Flocken keine Gonococcen. Noch 3 Wochen lang theils täglich wiederholte Ausspülungen mit Kal. permang. $^1/_{5000}$ und $^1/_{2000}$, theils Instillationen von Cupr. sulfur. $^1/_{20}$ mit nachfolgender Ausspülung. Am Ende von 3 Wochen waren alle Fäden verschwunden; den nächsten Tag — Sonntag — setzte der Pat. aus; am Montag hatte er reichliches Secret mit typischen in Zellen gelagerten Gonococcenhaufen. Die Zweigläser-Probe bewies durch den klaren 2. Urin, dass der Process in der Urethr. poster. abgeheilt war. (Hat d. V. vor dem Uriniren ausspülen lassen? Ref.) Diese Steigerung der Entzündung der Urethr. anter. schreibt der V. dem Genuss von Krebsen zu — als Abweichung von der sonstigen Diät. (! Ref.) Dieser Befund war V., der auf Grund eines mehrwöchentlichen negativen Befundes den Eheconsens ertheilt, höchst unwillkommen. Mit Janet hebt V. die chronischen Blennorrhoen hervor, bei denen die Gonococcen in der Prostata etc. oder Niere sitzen, für die nicht sehr gründliche und oft wiederholte Untersuchung unauffindbar sind, und gerade in diesen Fällen sieht er die häufige Infectionsquelle für die jungen Frauen, die dann eine Metritis, Salpingitis etc. acquiriren. Auch auf die secundäre In-

39. **Breton.** Des phénomènes généraux dans le cours de la blennorrhagie; forme aiguë et forme chronique lente. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 723.
40. **Loxton,** Arthur. A fatal case of gonorrhoea. The Brit. Med. Journ. 5. Jänner 1895.
41. **Villar.** Péritonite blennorrhagique chez l'homme. Le Mercredi médical. 5. Juni 1895.
42. **Roch.** Quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorrhagie. Thèse de Nancy. Ref. in Gazette hebdomad. de Méd. et de Chir. 5. Jänner 1896.
43. **Burci et Respighi.** Contributo alla interpretazione della patogenesi delle sinoviti articolari blennorrhagiche. Bollet. della Soc. med. pisana 1894, I. 1.
44. **Lilienthal,** Howard. Acute Gonorrhoeal Rheumat. The Boston Medical and Surgical Journ. 24. Jan. 1895. Vol. CXXXII., Nr. 4.
45. **Northrup.** Gonnorrhoeal Arthritis. Clinical Observations (Association of American Physicians). Medical News. 15. Juni 1895.
46. **Haushalter.** Un cas de rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né: gonocoque dans le liquide articulaire. 2. Franz. Congress für innere Medicin. Bordeaux 8.—15. Aug. 1895. Ref. La Médecine moderne 6. Jahrg. Nr. 8. d. 24. Aug. 1895.
47. **Vanuxcem,** H. Etude sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. Thèse. Paris. 1895.
48. **Gaston.** Rhumatisme noueux blennorrhagique. Société française de Dermat. et de Syphil. Séance du 10. Janv. 1895. Annales de Derm. et de Syph. 1895. p. 8.
49. **Bar.** Les rapports du rhumatisme blennorrhagique et de la puerpéralité. Presse médicale d. 28. November 1895. Ref. La Médecine moderne. 6. Jahrg., Nr. 96 d. 30. Nov. 1895.
50. **Fié,** Arsène. Une complication rare du curettage de l'utérus, le rhumatisme blennorragique. Thèse de Paris. Ref. Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 d. 2. Februar 1896.
51. **Boncher d'Argis.** De la péricardite blennorrhag. Thèse. Paris. 1895.
52. **Raynaud,** Gabriel. Contribution à l'étude des lesions periarticulaires d'origine blennorrhagique. Thèse. Paris. 1895.
53. **Valerio** N. Il ricambio materiale nell' artrite blennorragica. Gazetta degli ospedali e della cliniche. 8. Febbraio 1896.
54. **Lipski.** Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie. Thèse de Paris. Ref. Gazette Hebdomad. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 10 2. Februar 1896.
55. **Claudel.** Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. Thèse de Paris. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 747.
56. **Berger.** Abcès sous-conjonctivaux et palpébraux dans le cours d'une conjonctivite blennorrhagique. Arch. d'ophthalm. 1894. Juni. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1894, p. 691.

57. **Gouget.** Phlébite blennorrhagique. Presse méd. 7. Dec. Ref. in La Médecine moderne. 14. Dec. 1895.

(1) Heimann. Cf. dieses Archiv. XXXIV p. 422.

(2) Chadwick findet bei der Nachprüfung der Arbeiten von Turro, dass dieselben absolut zuverlässig sind. (Man möchte Ch. um das Glück beim Cultiviren des Gonococcus und bei seinen Inoculationen auf Hunde etc. beneiden.) Max Pinner (Breslau).

(3) Van Hest gibt an, dass sich auf folgendem Nährboden Gonococcen gut cultiviren lassen: Schwach alkalische Fleischbouillon, die 1% Pepton enthält, wird mit 25% frischen Urins versetzt, darin 10% Gelatine gelöst und die stark saure Reaction mit Natronlauge zu schwachsaurer Reaction abgestumpft. Y.

(4) Vale bespricht in der vorliegenden Arbeit die wichtige Frage, wann man einen Gonorrhoiker als so weit geheilt ansehen dürfe, um ihm den Heirat-Consens zu ertheilen. Er erörtert im Wesentlichen die von Finger und Janet vorgeschriebenen Massnahmen betreffs der Untersuchung. Als ein nicht unwichtiger Beitrag zu der ganzen Frage seien folgende 2 von ihm herangezogene Fälle referirt: 1. ein junger Mann, der vor 6 Jahren eine acute Gonorrhoe durchgemacht und seit 3 Jahren keinerlei Krankheitssymptome ausgenommen eine bisweilen am Morgen auftretende sehr geringe Secretion wahrgenommen, kommt kurz vor seiner Hochzeit zu seinem Arzte, der im Urin Fäden, die Gonococcen enthalten, findet und ihm zu dem Aufschieben der Ehe räth. Er heiratet trotzdem und 2 Wochen nach der Hochzeit erkrankt seine Frau an den Symptomen einer acuten Gonorrhoe. Der 2. Fall zeigt, dass nur eine häufig wiederholte Untersuchung von künstlich durch Arg. nitr. oder Sublimat-Injectionen hervorgerufenem Secret eine gewisse Sicherheit gegen Irrthümer gewährt: Der Pat. kam am 8. Juli 1895, nachdem er sich 3 Monate vorher inficirt hatte, zu dem Verf. Der Urin war diffus getrübt, in den Flocken keine Gonococcen. Noch 3 Wochen lang theils täglich wiederholte Ausspülungen mit Kal. permang. $^1/_{5000}$ und $^1/_{2000}$, theils Instillationen von Cupr. sulfur. $^1/_{20}$ mit nachfolgender Ausspülung. Am Ende von 3 Wochen waren alle Fäden verschwunden; den nächsten Tag — Sonntag — setzte der Pat. aus; am Montag hatte er reichliches Secret mit typischen in Zellen gelagerten Gonococcenhaufen. Die Zweigläser-Probe bewies durch den klaren 2. Urin, dass der Process in der Urethr. poster. abgeheilt war. (Hat d. V. vor dem Uriniren ausspülen lassen? Ref.) Diese Steigerung der Entzündung der Urethr. anter. schreibt der V. dem Genuss von Krebsen zu — als Abweichung von der sonstigen Diät. (! Ref.) Dieser Befund war V., der auf Grund eines mehrwöchentlichen negativen Befundes den Eheconsens ertheilt, höchst unwillkommen. Mit Janet hebt V. die chronischen Blennorrhoen hervor, bei denen die Gonococcen in der Prostata etc. oder Niere sitzen, für die nicht sehr gründliche und oft wiederholte Untersuchung unauffindbar sind, und gerade in diesen Fällen sieht er die häufige Infectionsquelle für die jungen Frauen, die dann eine Metritis, Salpingitis etc. acquiriren. Auch auf die secundäre In-

fection, bei der Mikroorganismen einen durch Gonococcen vorbereiteten Boden finden und die abnorme Receptivität nach einmal überstandener Gonorrhoe kommt der V. zu sprechen. Otto Lasch (Breslau).

(5) Reignier berichtet von einem an Gonorrhoe erkrankten Manne, der seine Frau inficirte, welche daraufhin ihre 10 Jahre alte Tochter, die mit ihr das Bett theilte, ansteckte. Im Verlauf der Krankheit stellten sich bei Mutter und Tochter Complicationen (Oophoritis, Salpingitis etc.) ein. Ausgang in Heilung. R. hebt die Gefahr der gemeinsamen Benützung eines Bettes von Kindern und Eltern hervor, wenn letztere an ansteckendem Ausfluss leiden. F. Epstein (Breslau).

(6) Aschner theilt aus der Abtheilung Ronas im städtischen Filialhospitale in Budapest einen Fall von desquamirender Urethritis mit. Derselbe betrifft einen 25jährigen Taglöhner, welcher seit 2 Jahren an einem Harnröhrencatarrh leidet, der wohl mit ausgesprochener gonorrhoischer Infection begann, in dem sich anschliessenden chronischen Stadium jedoch mit dem Urin ab und zu besonders nach Reizen, Injectionen, Sondeneinführungen theils zahlreiche kleienförmige Schuppen oder Lamellen, theils selbst hornartige grauweissliche röhrenförmige Gebilde, Harnröhrenausgüsse, mit dem Urinstrahle entleerte. Auf Argentamininjectionen besserte sich der Zustand jedesmal wenigstens auf kurze Zeit. Endoskopisch wurde während der Zeit des Bestehens in der Pars pendula bis fast zur Pars bulbosa (letztere sowie die p. posterior überhaupt war frei davon) eine diffuse sklerotische, grauweissliche Veränderung wahrgenommen. Die mikroskopische Untersuchung ergab bloss Plattenepithelien, keine Eiterkörperchen oder Gonococcen. Die Messungen mit dem Otis'schen Instrument ergaben stellenweise sehr beträchtliche Verringerung der Dehnbarkeit der Urethra. Der Fall ist insoferne ein eigenartiger, als es sich hier um ein chronisches Fortbestehen des Leidens, nicht um eine acute croupartige Desquamation handelt. Carl Ullmann (Wien).

(7) Piquet stellt schon bekanntes Aetiologisches und Therapeutisches zusammen. E. Finger (Wien).

(8) Nach einigen kurzen einleitenden Bemerkungen betreffend Anatomie und Geschichte bespricht Batut zuerst kurz die gonorrhoische Entzündung der Cowper'schen Drüsen und die Follikel der pars post. und kommt dann auf diejenige der pars ant. zu sprechen. Hier unterscheidet Verf. dreierlei: 1. Entzündung der Tyson'schen Drüsen, 2. Entzündung der verschiedenen Drüsen zwischen fossa navicularis und Bulbus, 3. Entzündung der Drüsen in der Umgebung des Orificiums und die congenitalen Divertikel. Symptomatologie der einzelnen Formen nebst Krankengeschichten theils eigener, theils fremder Beobachtung werden kurz angeführt. Ausführlich werden dann noch zwei Fälle von periurethralen Abscessen angeführt. Die Schlussfolgerungen, zu denen Verf. kommt, sind kurz folgende: Als Divertikel, die gonorrhoisch erkranken können, sind anzusehen am Orificium die Tyson'schen Drüsen und längs der Harnröhre die Méry'schen und Cowper'schen Drüsen. Bei doppelter Harnröhre kann die untere, überzählige, die entweder blind endigen, oder

durch eine feine Oeffnung mit der Blase in Verbindung stehen kann, gonorrhoisch erkranken, während die normale Urethra intact bleibt. Der Gonococcus kann periurethrale Abscesse erzeugen, die in keinem Zusammenhang stehen mit der Urethra und deren Drüsen. Die Behandlung der Divertikel besteht in Cauterisation, die der erkrankten Cowper'schen Drüsen in Incision und Cauterisation, die der periurethralen Abscesse in breiter Incision. Bei doppelter Urethra ist die Excision der erkrankten Urethralpartie die einzige chirurgische Behandlungsweise.

Max Dreysel (Leipzig).

(9) Audry, welcher unter 350 Fällen 9mal diese Affection beobachtet hat, unterscheidet 3 verschiedene Formen von gonorrhoischer Diverticulitis beim Manne, je nachdem die Drüsenfollikel des Präputiums, der Glans oder der Urethra selbst befallen sind. Was die beiden ersten Formen betrifft, so ist sowohl ihre Diagnose, wie ihre Therapie eine leichte; in der Regel wird eine Verödung der Gänge mit einer glühenden Nadel oder einigen injicirten Tropfen von 10% Arg. nitr.-Lösung zur Heilung genügen. Schlechter ist die Prognose bei der 3. Form, die in kleinen derben Knötchen, die auch öfter zur Abscedirung kommen, längs der Urethra auftritt. In letzterem Falle ist Incision von aussen nöthig. Häufig verschwinden diese Folliculitiden von selbst; günstig soll ferner die Elektrolyse wirken. Verf. empfiehlt den Versuch mit Injection einiger Tropfen Arg. nitr.-Lösung quer durch die Haut in die Knötchen zu machen.

Paul Neisser (Beuthen).

(10) Baumgarten gibt die genaue Krankengeschichte und den mikroskopischen Befund eines Falles von Urethritis chronica granulosa, bei welchem mehrere Talgdrüsen auf der Penishaut gonorrhoisch inficirt waren. Das Vorhandensein von Comedonen sowie mit Eiter gefüllten Abscessen und Gängen an Stellen, wo früher Comedonen gesessen hatten, der tinctorielle, mikroskopische Nachweis von wohl ausgebildeten Gonococcen in dem Eiter dieser Talgdrüsengänge gibt dem Autor die Berechtigung, eine gonorrhoische Infection der Talgdrüsen anzunehmen. Ein derartiger Gang wurde exstirpirt und mikroskopisch untersucht; die Untersuchung durch Dr. Justus, Assistent Prof. Schwimmers, geführt ergibt das Eindringen der Gonococcen zwischen das Talgdrüsenepithel bis in das periglanduläre, entzündliche, neugebildete Bindegewebe. Gleichzeitig wird das histologische Bild eines am Dorsum penis sitzenden, nach einer kleinen Operation aufgetretenen und exstirpirten Narbenkeloids beschrieben.

Carl Ullmann (Wien).

(11) Pemberton bespricht in seiner Gedächtnissrede auf Syme unter anderem auch dessen Verdienste um die Behandlung der Harnröhrenstricturen. Er gibt dessen Principien mit den eigenen Worten Syme's: 1. Keine Strictur ist wirklich impermeabel. Wenn man sich Zeit lässt und sorgfältig zu Werke geht, so kann in jedem Falle ein Instrument durchgebracht werden und als Führung für das Messer dienen. 2. Alle Stricturen, die nicht durch einfache Dilatation geheilt werden können, werden nur durch eine ausgiebige Durchschneidung der erkrankten Stelle

beseitigt. 3. Diese Wirkung wird mit Sicherheit und Gewissheit nur erreicht durch eine Incision von aussen her in einer der Raphe des Perineums entsprechenden Linie und auf einer durch die Strictur geführten Hohlsonde. — Pemberton lehnt in Uebereinstimmung mit Syme bei organischen Stricturen die innere Urethrotomie ab.

Sternthal (Braunschweig).

(12) Stewart bekämpft die Otis'sche Schule, welche die chronische Urethritis als Folgezustand der Strictur ansieht, d. h. wonach durch den erhöhten Druck des Urinstrahles gegen eine Verengerung der Urethralwand ein andauernder Reiz und schliesslich eine mucopurulente Secretion hervorgerufen werden könne. Verf. liess an den herauspräparirten Genitalien kleiner Knabenleichen flüssiges Wachs von der Blase aus durch die Urethra laufen unter einem dem beim Harnlassen entwickelten möglichst gleichen Druck. Es ergab sich nach Erstarrung des Wachses innerhalb der Harnröhre und Herauslösen des Abgusses ein fast gleichmässig dickes Rohr. Erst nach Abschnüren des Orificium ext. unter stark forcirtem Druck gelang es, die bekannten Unterschiede des Harnröhrenkalibers im Abguss zu erhalten. Hieraus schliesst Stewart, dass bei den früh auftretenden sogen. weiten Stricturen nicht, wie Otis meint, bereits eine Druckwirkung des Urinstrahls eintreten und schliesslich eine Urethritis hervorrufen könne. Verf. vertritt die Finger'schen Anschauungen über die chronische Gonorrhoe und sieht in dieser die vornehmste Ursache späterer Stricturbildung.

Hugo Müller (Frankfurt a. M.)

(13) Cormac schildert, wie aus dem Referat hervorgeht, ausführlich die Pathologie und Therapie der Harnröhrenstricturen, ohne jedoch im wesentlichen neue Gesichtspunkte vorzubringen. Julius Raff (Stuttgart).

(14) Thomas berichtete über einen 46jährigen Mann, der vor 20 Jahren an Gonorrhoe und einer Strictur gelitten hatte. 10 Jahre später wurde die innere Urethrotomie ausgeführt; doch die Strictur bildete sich wieder. Mit Syme's Katheter konnte Vortragender Calculi hinter der Strictur sondiren. Bei der Incision des Perineums wurde die dilatirte Pars membranacea geöffnet, in der sich 25 Steinchen fanden, die 2 Unzen 50 Gr. wogen. Die Strictur wurde durchschnitten und die Blase drainirt; der Patient ging jedoch am 14. Tage an unstillbarem Erbrechen und Diarrhoe zugrunde. Bei der Section fand man beiderseitige Niereneiterung, und die rechte Niere war von einem Abscess umgeben. — In der Discussion bemerkte Rawdon, dass in diesen vorgeschrittenen Fällen chronischer Dysurie gewissermassen als Sicherheitsventil für einige Tage oder Wochen suprapubische Drainage der Blase und erst später die eigentliche Operation auszuführen sei. Sternthal (Braunschweig).

(15) Finger widmet in vorliegender Arbeit dem Capitel der verschiedenen Prostataerkrankungen eine zusammenhängende Monographie. Er betont beim jeweiligen klinischen Bilde auch die zu Grunde liegenden anatomischen Veränderungen, soweit dieselben von ihm selbst oder anderen Forschern constatirt werden konnten, und versäumt es nicht,

den jeweiligen Zuständen auch therapeutische Winke und Erfahrungen seiner Praxis anzuschliessen. Die sogenannte acute zur Vereiterung tendirende Entzündung der Prostata oder eines Lappens derselben hält F. für eine wichtige, jedoch relativ seltene Trippercomplication. Gegenüber dieser mit Vergrösserung der Drüse einhergehenden vom Rectum aus meist leicht palpablen Affection unterscheidet F. noch folgende meist ohne nachweisbare oder ohne Schwellung des Organes überhaupt einhergehende Processe. — Finger beziehungsweise dessen Assistent v. Crippa (Siehe Referat über diese Arbeit. Archiv für Dermat. 1895 Band XXXII. Seite 281) haben den klinischen wie bakteriologischen Beweis dafür erbracht, dass die Gonococcen schon in einem sehr frühen Stadium in das Innere der Schleimhaut u. zw. nicht nur in das Epithel, sondern in die Lacunen und Morgagni'schen Taschen und Littre'schen Drüsen dringen, u. zw. findet sich die Infection in der Regel schon zu einer Zeit ein, in der sich die Gonorrhoe klinisch erst zu äussern beginnt. Tritt diese Infection auch in die Ausführungsgänge der Prostata, in die Ductus ejaculatorii Glandulae prostaticae selbst bis in die Glandulae seminales ein, so kommt es zu verschiedenen Arten der Prostatitis. Finger unterscheidet I. Den acuten gonorrhoischen Katarrh der Glandulae prostaticae. Häufigste Form; im Symptomenbilde sich häufig mit dem Bilde der Ur. posterior deckend. Charakteristisch ist hier der Nachweis kleiner Pünktchen und kommaförmiger Fäden in den letzten Urintropfen. Letztere sind die eitrigen Ausgüsse der Ausführungsgänge der prostatischen Drüsen. Letztere entleeren ihr Secret meist nicht durch den einfachen Harnstrahl, sondern durch manuelle Expression. II. Die Prostatitis follicularis acuta. Dieses weit seltenere Krankheitsbild beruht auf in präformirten, blinden Gängen des Prostatagewebes eingedrungenen Infectionskeimen, die daselbst Eiterung und Abscedirung bewirken. Pseudoabscesse Jadassohns. Diese Abscesschen sind vom Mastdarm mitunter palpabel, gehen mit Fieber, Schmerz, weitergehender Urintrübung nach dem Platzen etc. einher und haben Neigung zu recidiviren oder multipel aufzutreten. Im Ductus ejaculatorius kann dieser Process auch zur Obliteration mit Narbenbildung führen. Finger führt einen derartigen anatomischen Befund aus seiner Praxis an. III. Die parenchymatöse eitrige Prostatitis. Dieselbe ist schon oben erwähnt worden. IV. Prostatitis glandularis chronica. Der klinische Nachweis ergibt sich aus dem (durch Expression) gewonnenen Prostatasecret. Letzteres ist theils rahmig eitrig, theils schleimig weisslich und consistenter. Es handelt sich um einen desquamativen Katarrh der ergriffenen Prostatadrüsen oder um einen rein eitrigen Katarrh derselben. Das Drüsenparenchym ist dabei nicht geschwellt. Die Erkrankung beruht meist auf oft recidivirender Urethritis posterior. Umgekehrt kann eine chronische Prostatitis nach jahrelangem Freisein der Urethra, eine Urethritis subacuta posterior bedingen, die selbst auch gonococcenhaltig oder pilzfrei sein kann. Letztere Form ist eminent gutartig und geht oft mit beginnender Strictur einher. Therapeutisch empfiehlt F.: 1. Den acuten reactiven, durch die leuco- und

serotaktische Wirkung der Gonococcen bedingten Eiterungsprocess in keiner Weise zu beeinflussen. 2. Spätere Anwendung von Antisepticis zur Reizung und Anfachung der reactiven Eiterung, welche an sich mit den Eiterzellen auch die Gonococcen eliminirt. 3. So lange behandeln, als Gonococcen im Secrete nachweisbar, beziehungsweise Symptome vorhanden sind. 4. Die vollständige Heilung ist meist durch passende Mittel und Methoden erreichbar. Das oft verlautbarte Wort von der Unheilbarkeit des Trippers ist ebenso unbegründet wie schädlich.

Carl Ullmann (Wien).

(16) Colombini führt am Eingang seiner Arbeit kurz die Litteratur an, die über Entzündungen der Prostata, des Vas deferens, der Samenbläschen vorhanden ist; diese an sich schon spärliche Litteratur betrifft fast nur jene Formen der Entzündung, die mit heftigen subjectiven Symptomen einhergehen. Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, festzustellen, wie oft sich bei einer bestehenden gonorrhoischen Epididymitis durch genaue Untersuchung an Prostata, Samenbläschen und Vas deferens Veränderungen nachweisen lassen. C. untersuchte bei voller Blase und möglichst entleertem Darm in Rückenlage und hochgelagertem Becken, und zwar bimanuell d. h. mit der einen Hand wurde in das Rectum eingegangen, die andere kam auf das Abdomen zu liegen. Von 72 derart untersuchten Fällen wiesen 45 Veränderungen an Prostata, Vas deferens und Samenbläschen auf. Diese Veränderungen, bei denen subjective Symptome vollständig fehlten, bestanden in geringer Volumenzunahme und vermehrter Druckempfindlichkeit; sie haben ihren Sitz meist auf der Seite der erkrankten Epididymis. Die Frage, inwieweit hierbei Gonococcen eine Rolle spielen könnten, wird vom Verf. nicht erörtert. Die Prognose ist eine gute; fast ausnahmslos erfolgt spontan Restitutio ad integrum; ausser Bettruhe und Antiphlogose ist eine besondere Therapie nicht nöthig. Am Schlusse seiner Arbeit führt C. noch einen selbst beobachteten Fall einer Entzündung der Prostata, der Samenbläschen, des Vas deferens bei bestehender Gonorrhoe ohne Epididymitis an.

Max Dreysel (Leipzig).

(17) Burnett fand bei einem 35jährigen Mann, der im 5. Lebensjahre wegen Blasensteinen operirt worden war, die Ductus ejaculatorii in Narbengewebe eingelagert und obturirt. Prostata und Samenbläschen waren wenig entwickelt, Testes normal. Er bestand Aspermatismus, der durch Operation beseitigt wurde. Max Pinner (Breslau).

(18) Fuller demonstrirt makroskopisch die anatomischen Verhältnisse zwischen Prostata, Samenbläschen und Ductus ejaculatorius. — Die ausführliche Publication erfolgt in einem eigenen Werke.

Max Pinner (Breslau).

(19) Collings glaubt, dass gonorrhoische oder postgonorrhoische Erkrankung der Pars prostatica urethrae nicht selten zur Entzündung der Samenbläschen, des Funiculus und der Nebenhoden führt. Die Tuberculose etablirt sich meist erst secundär in diesen Organen. Ein anderer Autor (ungenannt) hatte bei der Section eine Erkrankung der Vesikeln

festgestellt bei einem Patienten, dessen Samenflüssigkeit nach Consistenz, Menge und Aussehen verändert war und Beimischung von Blut enthielt. Zwei ähnliche Fälle beobachtete Verf. selbst und legt auf die Blutbeimengung zur Ejaculationsflüssigkeit einen Hauptwerth für die Diagnose. — Einer eventuellen Behandlung muss zuerst die Beseitigung etwa bestehender Stricturen vorausgehen. Max Pinner (Breslau).

(20) Nach einer eingehenden Besprechung der Pathologie und Therapie der gonorrhoischen Epididymitis geht Routier zu dem von ihm beobachteten Fall über. Ein 35jähriger Mann bekam 4 Tage nach dem Auftreten einer Gonorrhoe eine Epididymitis, die sich anfänglich in nichts von den gewöhnlichen Fällen dieser Art unterschied. Bald aber fiel es auf, dass die Schmerzen gar nicht verschwanden, sondern immer mehr zunahmen, und 12 Tage nach dem Einsetzen der Epididymitis wurde ein Abscess des Nebenhodens constatirt. Routier vermuthete, dass derselbe tuberculösen Ursprungs sei. Zu seinem Erstaunen fand er aber in dem entleerten Eiter nicht Tuberkelbacillen, sondern Gonococcen. Durch diese Beobachtung sei der Beweis geliefert, dass es die Gonococcen sind, welche die im Verlauf einer Gonorrhoe auftretenden Erkrankungen der Samenwege, verursachen. Doch brauchen die Gonococcen, wenn sie auch in den Samenwegen vorhanden sind, nicht immer eine Erkrankung hervorzurufen. Julius Raff (Stuttgart).

(21) Taylor bespricht einige allgemeine Gesichtspunkte inbetreff der Gonorrhoe des Weibes, ohne Neues vorzubringen. Pinner.

(22) In einer langen Einleitung, in der Pichevin die Ursachen der zunehmenden Entvölkerung und Kinderlosigkeit in Frankreich (im Jahre 1886 waren von 10,425.321 Familien 2,073.205 kinderlos; 2,542.611 hatten nur je ein und 2,265.317 nur je 2 Kinder) hauptsächlich auf gonorrhoische und puerperale und postpuerperale Infectionen zurückführt, plaidirt er für gründliche und langdauernde Behandlung dieser Geisseln des weiblichen Geschlechtes, welche nicht nur das Einzelnindividuum zu lebenslangem Siechthum verurtheilen, sondern auch dem Staate und der Allgemeinheit unberechenbare Nachtheile bringen. Da nun bei weitem nicht alle Patientinen in Spitälern aufgenommen werden können und wollen, so möge in jedem Stadtbezirk eine Poliklinik (cabinet médical spécial) errichtet werden, die den ganzen Tag geöffnet sein und in der die Patientinen von einem Arzte behandelt, resp., wenn nöthig, dem Spital überwiesen werden sollten; eine Krankenwärterin solle ausserdem den Patientinen die nöthigen Ausspülungen und kleineren medicinischen Hilfsleistungen machen. Paul Neisser (Beuthen).

(23) Leopold berichtet über die Entbindung und das Wochenbett eines 24jährigen Mädchens. Bis zum 7. Tage Alles völlig normal; am 7. Abends Temp. 39·1; im Scheiden- und Collumsecret typische Gonococcen. Abfall der Temperatur in den nächsten Tagen, am 14. Tage plötzlich wieder 39·5, Schmerzen im linken Parametrium (Parametritis, resp. Salpingitis gonorrhoica?) und am 15. Tage 39·6; Urin eitrig, enthält zahlreiche rothe und weisse Blutkörperchen und Eiterzellen

20*

mit reichlichen Gonococcen, Cystitis gonorrhoica. Patientin ist vor der Geburt innerlich nicht untersucht und nicht ausgespült worden.

Paul Neisser (Beuthen).

(24) Unter Leucorrhoe versteht More-Madden jeden abnormen Ausfluss aus den Genitalien, der Gewebsbestandtheile enthält, die im physiologischen Secret nicht vorkommen. Die Leucorrhoe auf gonorrhoischer Basis rechnet M. nicht hieher. Der Ausfluss kann herrühren von der Vulva, von den Bartholinischen Drüsen, von der Vagina und vom Uterus. Die Ursachen sind: Unsauberkeit, Menorrhagien, Parasiten, Erkältungen, Gonorrhoe und Lues. Die subjectiven Symptome bestehen in einem Gefühl von Völle, Hitze und Schwere in den Genitalien. Bei den vaginalen Leucorrhoen ist es hauptsächlich die Menstruation, bei den uterinen die Lageveränderungen des Uterus, welche eine Rolle spielen. Auch Allgemeinerkrankungen des Körpers verursachen oft Ausflüsse. Endlich ist es oft die Gravidität, welche zu Leucorrhoe Veranlassung geben kann. Die Behandlung besteht in Ausspülungen mit Antisepticis (z. B. Sublimat 1 : 2000), Einlegen von 10% Ichthyoltampons, Reinlichkeit, Einblasungen von Borsäure. Bei Leucorrhoen des Cervicalcanals rühmt M. besonders das Curettement. Allgemeinerkrankungen, Lageveränderungen des Uterus müssen nach den bekannten Grundsätzen behandelt werden. Bei Leucorrhoen in Folge von Gravidität ist Vorsicht bei der Behandlung nöthig, damit kein Partus praematurus eintritt.

Julius Raff (Stuttgart).

(25) Unter 306 untersuchten Prostituirten fand Wwedensky in 179 Fällen (58·5%) nur Catarrhus cervicis uteri, in den übrigen 127 Fällen (41·5%) ergab sich ausserdem Ausfluss aus der Urethra (93 Fälle), den Guérin'schen Taschen (22) und den Bartholinischen Drüsen (18). Dabei in 6 Fällen Ausfluss zugleich aus der Urethra und einer der Bartholinischen Drüsen. In 53 Fällen (17·3%) war ein rein schleimiges Secret zu constatiren und in 25·3 (82·7%) alle Uebergangsstufen von schwach ausgesprochener bis rein eitriger Secretion. Unter den letzten waren in 69 27·27%) Fällen Gonococcen nachweisbar und unter den 53 Fällen nur 6 Mal (11·32%). — Somit waren in 75 Fällen gonorrhoische Catarrhe zu constatiren, unter welchen in 45 Fällen nichts ausser Cervixcatarrh zu constatiren war. Die Gesammtzahl der nur an Cervixcatarrh Leidenden ergab 179, so dass die 45 Fälle 25·14% ergeben. Diese Zahl allein genügt schon um zu beweisen, dass eine mikroskopische Untersuchung der Secrete aus den Genitalorganen der Prostituirten unbedingt nothwendig ist, worauf übrigens Prof. Neisser zuerst aufmerksam gemacht hat (Deutsche med. Wochenschrift 1890, Nr. 35).

A. Grünfeld (Rostow).

(26) Unter „génitalite“ versteht Auvarel eine gleichzeitige Erkrankung der Vulva, Vagina, der Cervix und der Urethra, und zwar in seinem Falle auf gonorrhoischer Basis. Im Anschlusse an diesen Fall, der nach 8 Tagen antiseptischer Behandlung Adnexbeschwerden bekam, behandelt A. die Fragen nach der Präventivbehandlung, Prognose und Therapie

dieser Adnexerkrankungen. Er warnt vor dem Curettement des Uterus und jedem chirurgischen Eingriffe bei acuter Gonorrhoe und empfiehlt Abwarten. Die Prognose ist bei den gewöhnlichen doppelseitigen und somit meistens zur Sterilität führenden Adnexerkrankungen schlecht. Die Behandlung bestehe in absoluter Bettruhe, Application von Vesicantien, Eisblase, Abführmitteln bei acuten, und Tamponade mit Glycerintampons bei chronischen Fällen. Paul Oppler (Breslau).

(27) Immerwahr behauptet, im Gegensatz zu Wertheim, dass auf dem Boden einer mit Gonococcen inficirten Schleimhaut secundär eingeschleppte Eiterstaphylococcen gedeihen können, und belegt diese Behauptung durch die Geschichten von 4 Kranken, die im Verlaufe einer acuten Gonorrhoe des Uterus im Gebärmuttersecret Staphylococcen aufwiesen. Bei einem 2jährigen an Vulvovaginitis gonorrhoica erkrankten Kinde konnte eine analoge Beobachtung gemacht werden. Die rein specifische Natur der ascendirenden Uterusgonorrhoe (Wertheim) wird nicht bestritten. Ferdinand Epstein (Breslau).

(28) Leblanc ist der Ansicht, der Gonococcus sei im Secrete der Bartholinitis selten und dann meist in Gesellschaft mit Eitercoccen nachzuweisen, es handle sich also meist um Mischinfectionen. Aber die Bartholinitis entwickelt sich auch unabhängig von einer Gonorrhoe zur Zeit einer Gravidität oder Menstruation. Incision in acuten, Exstirpation in chronischen Fällen sind die besten Heilmittel. E. Finger (Wien).

(29) Gauer gibt zuerst einen Ueberblick über die bisher publicirten systematischen Gonococcenuntersuchungen beim Weibe und berichtet darauf über die Befunde, die er bei 176 Patientinen erheben konnte. Die Untersuchungen erstreckten sich meist nur auf das Urethralsecret; die Resultate bringen im Wesentlichen nichts Neues.

Ferdinand Epstein (Breslau).

(30) Reymond demonstrirt die Adnexa einer operirten Patientin. Die Tuben enthalten gonococcenhaltigen Eiter. Das linke Ovarium ist in einen Tumor umgewandelt, der mit der Tube zu kommuniciren scheint. Es besteht jedoch eine abgekapselte Cyste, die mit einer gelben Flüssigkeit gefüllt ist. Paul Oppler (Breslau).

(31) Cullen extirpirte bei einer Farbigen eine in Septum urethrovaginale gelegene, seit 4 Jahren bestehende Geschwulst, aus der sich auf Druck Eiter durch die Harnröhre entleerte. Die Wand des Sackes war von einem dem Harnröhrenepithel ähnlichen Epithel bekleidet. Cullen hält denselben für ein Divertikel der Harnröhre. In der Literatur hat C. 38 Fälle von cystischen Geschwülsten in der Urethro-Vaginal-Scheidewand gefunden; dieselben können sein: angeborene Cysten, Blindsäcke der Harnröhre, Retentionscysten in Harnröhrendrüsen oder in Morgagni'schen Lacunen oder in Skene'schen Drüsen, Blindsackbildungen durch Steine, durch Verletzungen etc. J.

(32) Coyne und Auché untersuchten 2 Fälle von heftiger Vulvovaginitis bei Kindern. Im ersten Falle ergaben die bakteriologischen Untersuchungen B. coli, Streptococcen und Staphylococcus albus; im zweiten

fanden sich neben Strepto- und Staphylococcen zahlreiche Bakterien, aber keine Gonococcen. Heilung trat unter antiseptischer Behandlung in kurzer Zeit ein. Max Pinner (Breslau).

(33) Gocaz bespricht die Complicationen, zu denen die Vulvovaginitis der Kinder führen könne, und empfiehlt als Therapie die Injection von $\frac{1}{2}$ L. Kalium permanganicum-Lösung, die dreimal wöchentlich vermittelst einer weichen Gummisonde auszuführen sei, in die Vagina.

Münchheimer (Colberg).

(34) Walter gibt in seiner Abhandlung einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage, ohne selbständige Forschungen oder Beobachtungen dabei geltend zu machen. Zum Schlusse bespricht er die Vortheile des Credé'schen Verfahrens gegenüber jeder anderen Prophylaxe der Augen-Katarrhe, welche während des Geburtsactes acquirirt werden können. Carl Ullmann (Wien).

(35) Jullien hebt hervor, dass die Mastdarmblennorrhoe meist keine subjectiven Erscheinungen mache. Als charakteristische objective Symptome führt er an: 1. Eitertropfen, der dem gonorrhoischen Urethraltropfen makroskopisch wie mikroskopisch zuweilen zum Verwechseln ähnlich sehen soll. 2. Die ulcerirte Fissur meist an der Vorderwand sitzend, oberflächlich, häufig multipel auf der entzündlich geschwellten Schleimhaut zu finden. 3. Das Condylom, zuweilen fehlend, nur selten multipel, ausserordentlich weich, gar nicht empfindlich, etablirt sich meist in der Nähe einer ulcerirten Fissur. Die ganze Affection ist sehr hartnäckig. Therapeutisch empfiehlt Jullien das tägliche Einlegen von Gaze, die mit 2—4‰ Kaliumpermanganatlösung getränkt ist. Stricturen als Folgeerscheinungen hält J. nicht für selten. Die ulcerirten Fissuren können späterhin secundär mit Ulcus molle oder syphilitisch inficirt werden, so dass ein a) Ulcère mixte blenno-chancrelleux, b) Ulcère mixte blenno-syphilitique entsteht; für letztere Affection, die ihrerseits wieder unter 3 Formen auftreten kann, je nachdem ob sich auf der Fissur ein Primäraffect, eine Früh- oder eine Spätform etablirt, soll profuse Eitersecretion charakteristisch sein. Ferdinand Epstein (Breslau).

(36) Nash theilt die Beschreibung eines Präparates aus dem Museum des St. Bartholomew-Hospital mit. Der rechte Ureter weist gleich hinter dem Nierenbecken eine sehr enge und gewundene Strictur auf, die ungefähr 1 Zoll lang ist. Zwei Zoll tiefer findet sich eine zweite, doch nicht ganz so enge, ringförmige Strictur. Der linke Ureter ist ebenfalls an zwei Stellen verengt. Die obere Strictur liegt 2 Zoll von der Niere entfernt und der darüber gelegene Theil des Ureters ist sackförmig erweitert. Die Stricturen lassen einen Katheter Nr. 7 durch. Alle Stricturen sind hart und fibrös und scheinen lange zu bestehen. Die Nieren sind vergrössert und die Nierenbecken dilatirt. Die Blase ist stark hypertrophisch. Das Präparat stammt von einem 44jährigen Manne, an dem die Urethrotomie wegen impermeabler Harnröhrenstrictur gemacht worden war. Das Präparat ist in der Sammlung bezeichnet als „Congenitale Strictur der Ureteren". Nash hält es jedoch für ein Beispiel gonorrhoischer

Stricturen der Ureteren, denn bei congenitalen Stricturen, die 44 Jahre bestanden haben, müssten Nierenbecken und -Kelche viel stärker dilatirt sein, und ferner werden gewöhnlich congenitale Stricturen am einen oder anderen Ende des Ureters gefunden und sind nie mehrfach. Zu Gunsten der Entstehung durch Gonorrhoe spricht das Vorhandensein einer Harnröhrenstrictur und das Aussehen der Stricturen, das den Eindruck machte, als ob sie durch eine schwere und ausgedehnte Entzündung der Wände des Ureters entstanden wären. Dass eine gonorrhoische Entzündung der Ureteren eintreten kann, geht aus der Thatsache hervor, dass sich gelegentlich diese Entzündung auf die Nierenbecken ausbreitet und so Pyelitis und Pyelonephritis verursacht. Wenn dem aber so ist, so ist nicht einzusehen, warum hier nicht genau wie in der Urethra eine Strictur die Folge der Entzündung sein sollte. Bisher ist unter den zahlreichen Ursachen, die zu Hydronephrose führen können, eine gonorrhoische Strictur der Ureteren nicht erwähnt. Sternthal (Braunschweig).

(37) Der ganze Artikel von Warschawsky bringt nichts Neues und stellt nur ein Zusammenstellung aus der vorhandenen Literatur dar. A. Grünfeld (Rostow).

(38) Padula beschreibt eine Krankheitsform, die im Verlauf der Gonorrhoe vorkommt und nach seiner Anschauung direct durch das Virus der Gonorrhoe verursacht wird. Es handelt sich um einen fieberhaften Zustand, der folgende Symptome aufweist: Febris continua remittens, allgemeine Mattigkeit, Melancholie und leichten Milztumor. Mit dem Fieber, wie es manchmal bei acuter Gonorrhoe vorkommt, hat die beschriebene Affection nichts gemein. Sie befällt schwächliche männliche Individuen, deren Urethralgonorrhoe nur sehr wenig Symptome macht. Diese fühlen eine allgemeine Mattigkeit, sind unfähig ihrer gewöhnlichen Beschäftigung nachzugehen und magern mehr und mehr ab — ein Zustand, der viel Aehnlichkeit hat mit den hypochondrischen Erscheinungen, die man bei chronischer Gonorrhoe beobachtet. Die Zunge zeigt einen schmutziggelben Belag. Die Haut zeigt eine Erdfarbe wie bei der Malaria. Das Fieber steigt nur sehr selten über 38.5 und zeigt Morgenremissionen. Manchmal ist ein intermittirender Typus vorhanden. Die Dauer der Erkrankung beträgt etwa 2 Monate, die Erscheinungen gehen nur sehr langsam zurück. Mit dieser Complication der Gonorrhoe können andere gonorrhoische Erkrankungen, wie Epididymitis, Cystitis verlaufen. Padula glaubt bezüglich der Pathogenese dieser Krankheit, dass das Virus bei schwächlichen Individuen einen besonders günstigen Nährboden finde und deshalb leicht den ganzen Organismus überschwemmen könne. Ueber Blutuntersuchungen bei dieser Erkrankung, die Verfasser angestellt, spricht er sich nicht näher aus. Am meisten Aehnlichkeit hat der Zustand mit der Malaria, mit continuirlichem remittirenden Fieber, wie es in Rom vorkommt. Differentialdiagnostisch ist zu bemerken: Bei Malaria ist der Milztumor immer beträchtlich, Störungen von Seiten des Verdauungscanals vorhanden. Ausserdem ist die Malaria auf gewisse Gegenden beschränkt und reagirt prompt auf Chinin. Alle diese Symptome fehlen

der beschriebenen Erkrankung. Auch mit Typhus abdominalis kann der Zustand verwechselt werden. Hier kann erst längere Beobachtung entscheiden; man muss eben abwarten, ob ein charakteristisches Symptom des Typhus (Roseola, Benommenheit des Sensoriums, staffelförmiges Fieber) sich zeigt. Die Prognose der Krankheit ist gut; jedoch ist die Abnahme der Kräfte immer sehr bedeutend. Die Therapie der Erkrankung besteht nach Verf. in der Prophylaxe. Sobald die Entzündungserscheinungen bei der Gonorrhoe abgelaufen sind, lässt Verfasser Ausspülungen mit unterschwefligsaurem Natron oder Sublimat machen. Er verfolgt dabei den Zweck, die Schleimhaut so günstig zu beeinflussen, dass sie sich der eingedrungenen Gonococcen wieder schnell entledigen kann. Alsdann ist auch die Gefahr gering, dass die oben beschriebene Erkrankung noch auftritt.

Julius Raff (Stuttgart).

(39) Breton berichtet aus der Leloir'schen Klinik über 2 Fälle von Allgemeininfection bei Gonorrhoe. In dem ersten, acuten Falle war die Gonorrhoe mit Schwellung der Lymphdrüsen, der Milz und der Gelenke, mit Endocarditis, einem polymorphen Erythem, mit Fieber und Delirien vergesellschaftet. Der zweite, chronische Fall war durch Epididymitis, Schwellung der Gelenke, Schwäche und Unfähigkeit zu gehen complicirt; übrigens waren beide Patienten in ihrer Gesundheit geschwächte Individuen. Verf. plaidirt für eine möglichst desinficirende locale und Allgemeinbehandlung (Injectionen, Balsamica und Desinficientia innerlich, Salol, Salicyl) für roborirende Ernährung u. s. w. Paul Neisser (Beuthen).

(40) Loxton berichtet kurz über einen Fall von Gonorrhoe, bei dem durch Absorption septischer Stoffe von der nicht verletzten, entzündeten Urethra aus acute Septicämie eintrat, die tödtlich endete. Autopsie wurde nicht erlaubt. Der Patient hatte, während er an Gonorrhoe erkrankt war, wiederholt schwere Alkoholexcesse begangen.

Sternthal (Braunschweig).

(41) Villar verlor einen Patienten, welcher an acuter Gonorrhoe litt, an einer sehr acut verlaufenden Peritonitis, die pathologischen Veränderungen des Bauchfelles waren sehr hochgradig. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters gab keinen positiven Befund von Gonococcen, weshalb die Diagnose nicht einwandsfrei ist. Max Pinner (Breslau).

(42) Roch hebt hervor, dass, während im späteren Verlauf einer Gonorrhoe articuläre, spinale und cardio-vasculäre Erkrankungen eintreten können, man im Beginne des Trippers, und zwar dann, wenn der gonorrhoische Process noch auf die Pars anterior beschränkt ist, Störungen des Allgemeinbefindens, physische Depression, Blässe des Gesichtes, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Magenstörungen und leichte Fieberbewegungen beobachten könne, welchen Erscheinungen erst später die Gelenkaffectionen: seröse Ergüsse etc. folgten. Von den Erkrankungen der Frühperiode erwähnt R. noch Störungen im Urogenitalsystem: Retentio und Incontinentia urinae, leichte vorübergehende Albuminurie, Gefühl der Schwere im kleinen Becken, in der Dammgegend und den Hoden, ferner Cystitis, Ureteritis und schliesslich noch Hydro-pyo-nephrose. Alle diese

Zufälle, auch die nervösen, hält R. für den Ausdruck der Ueberschwemmung des Organismus mit Gonococcentoxinen, eine Auffassung, deren Richtigkeit bereits von dem Referenten der Gaz. hebdomad. stark bezweifelt wird. Ferdinand Epstein (Breslau).

(43) Burci und Respighi berichten über den Fall eines 23jährigen Mannes, der an acuter Blennorrhoe und Arthritis des rechten Kniegelenkes litt. Im Exsudate derselben, am 4. Tage der Erkrankung gewonnen, liess Mikroskop und Cultur alle Mikroorganismen vermissen. Am 7. Tage Arthrotomie mit isolirter Gerinnung des flüssigen Exsudates und Abschabung der Synovialis. In ersterem spärliche, im letzteren reichliche Gonococcen. Die Verf. schliessen daraus, dass bei gonorrhoischer Arthritis sich die Gonococcen vorwiegend in und auf der Synovialis aufhalten, hier aber ziemlich rasch zugrunde gehen, während die durch sie bedingten anatomischen Veränderungen noch einige Zeit bestehen bleiben, wohl durch die Toxine der Gonococcen unterhalten werden, während diese selbst schon fehlen. Die Verf. erklären daraus die negativen Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung mancher Arthritis gonorrhoica.

E. Finger (Wien).

(44) Howard Lilienthal betrachtet den gonorrhoischen Rheumatismus als eine reine Gonococceninfection, gibt aber zu, dass auch Mischinfectionen vorkommen können. Er betont die Möglichkeit einer klinischen Diagnose auch ohne Nachweis einer zugleich vorhandenen Gonorrhoe der Urethra. Charakteristisch für gonorrhoischen Rheumatismus sind nach dem Verf. der den Patienten oft völlig aus der Fassung bringende heftige Schmerz, das gleichzeitige Befallensein der dem erkrankten Gelenke benachbarten Schleimbeutel und Sehnenscheiden. Die Erkrankung ist nicht immer monoarticulär, aber es tritt im Gegensatz zur Polyartritis rheumatica beim Uebergreifen auf neue Gelenke keine Besserung an den vorher befallenen Herden ein. Ferner fehlt die vom Verf. beim acuten Gelenkrheumatismus beobachtete profuse, säuerlich riechende Schweissabsonderung, sowie die schnelle Besserung nach Salicylbehandlung. Differential-diagnostisch käme noch die Gelenktuberculose in Betracht. Wie bei letzterer begünstige ein Trauma das Entstehen bzw. die Localisation des gonorrhoischen Rheumatismus. Bei Mischinfectionen ergäbe die Punction Eiter, bei rein gonorrhoischer Gelenkerkrankung ein plastisches zähes Exsudat. Prognostisch ist zu berücksichtigen der Ausgang in Ankylose mit eventuell späterem Wiederaufflackern der Erkrankung bei operativen Eingriffen, ferner das Uebergehen in chronischen Hydarthros und vielleicht auch in Tuberculose. Therapeutisch empfiehlt Verf. das conservative Verfahren, local Ichthyol etc., wenn angängig, Massage. Operationen seien nur bei rein eitrigem Gelenkinhalte, also bei Mischinfectionen indicirt. Zum Schluss gibt Lilienthal folgende Behandlungsmethode der acuten Gonorrhoe an. Mittelst Endoskops wird die Ausdehnung der Erkrankungszone festgestellt, und im Tubus erfolgt Auswischung der entzündlich veränderten Schleimhaut mit einer zehnprocentigen Höllensteinlösung. Hugo Müller (Frankfurt a. M.)

(45) Northrup hat 5 Fälle von gonorrhoischer Arthritis beobachtet, stets nur auf ein Gelenk localisirt, entweder Ellbogen oder Kniegelenk. Therapeutisch wandte er ohne Erfolg die ganze Reihe der Antirheumatica an. In 4 Wochen heilte die Affection mit vollständiger Restitution des Gelenkes.

Welch unterscheidet 2 Arten von gonorrhoischer Arthritis, eine seröse und eine eitrige Form je nach der Beschaffenheit des Gelenkergusses. Als sehr guten Nährboden zu Culturen gibt er an Agar, versetzt mit einem wässrigen Extract von Schweinefetten. Auf diesem Agar gelang es ihm, aus einem Gelenkerguss Gonococcen zu züchten, ebenso aus dem Blute einer Frau, welche an schwerer Endocarditis erkrankt war, und bei welcher post exitum auf den Vegetationen an der Mitralklappe reichlich Gonococcen gefunden wurden.

Shattuck fand unter 64 Gonarthritiden 6 monarticuläre Fälle, 4 Mal 2 Gelenke und 54 Mal 3 oder mehr Gelenke ergriffen. 3 Mal gelang es Culturen aus dem Blute zu machen; einmal will Sh. sogar mit der Cultur einen Hund gonorrhoisch inficirt haben (!). Er beobachtete 2 gonorrhoische Endocarditiden mit gleichzeitiger Gelenkaffection.

Cary erwähnt 2 Fälle von gonorrhoischer Venenentzündung im Anschluss an die Gelenkerkrankung.

Mason sah in 25% seiner Fälle die Arthritis monarticulär auftreten und verlaufen. Das Exsudat war meistens serös. Von 120 Fällen kam einer zur Section, welche gonorrhoische Myocarditis ergab. In einem Falle von gonorrhoischer Hüftgelenkentzündung waren Blutculturen gelungen.

Roosevelt und Osler berichten über ihre Beobachtungen, ohne Neues zu erwähnen. Max Pinner (Breslau).

(46) Bei dem Falle Haushalters trat im Verlaufe einer Ophthalmoblennorrhoe eine Arthritis des rechten Knies und der linken Hand auf. In der dem Knie entstammenden trüben Punktionsflüssigkeit fanden sich zahlreiche polynucleäre Leukocyten. Gonococcen liessen sich durch Cultur nachweisen. Meistens ist die Arthritis gonorrhoica der Neugeborenen mono- oder olygoarticulär. Fast immer betrifft sie dann das Knie. Geringe Störungen des Allgemeinbefindens. Gewöhnlich kein Fieber. Heilung meist innerhalb eines Monates und ohne Spuren zu hinterlassen.

Paul Oppler (Breslau).

(47) Vanuxcem berichtet nach Zusammenstellung von 28 einschlägigen Fällen über einen 4 Jahre alten Knaben, der an Urethritis und Arthritis des rechten Kniegelenkes litt. E. Finger (Wien).

(48) Gastou. Ein 44jähriger Mann hat im Verlauf von 21 Jahren fünfmal Gonorrhoe und ausserdem Syphilis acquirirt. Während der 4. Gonorrhoe stellte sich ein Rheumatismus der Schulter ein, während der 5. Gonorrhoe entstanden schmerzhafte Schwellungen der Fingergelenke. Schliesslich kam es zu eigenthümlichen kolbigen Verdickungen der Fingergelenke, Schwellungen und Verkrümmungen der Finger, Muskelatrophien im Bereiche der Hände, Arme, Schultern (Deltoides) und der Brust (Pector.

maj.), plaqueförmiger Anästhesie an Stamm und Extremitäten und einer in Zonen angeordneten Hyperästhesie am Stamme. Später Impotenz. Die Arthritiden erklärt Gaston durch trophische Störungen aufgetreten im Gefolge einer toxischen oder infectiösen Polyneuritis blennorrhagica.

R. Winternitz (Prag).

(49) Bar macht auf die Kritiklosigkeit aufmerksam, mit welcher seiner Ansicht nach die Diagnose „Rheumatismus puerperalis" gestellt wird. Es existiren hierüber nur ungenaue Literaturangaben; meistens handelt es sich um einen während des Puerperiums auftretenden Rheumatismus, der manchmal zur Eiterung führt, manchmal torpide verläuft, jedenfalls aber Ankylosen und ungewöhnlich hochgradige Muskelatrophien hinterlassen kann. Die gewöhnlichen Ursachen sollen sein: wirklicher, acuter oder subacuter Gelenksrheumatismus, infectiöse z. B. Streptococcenarthritiden, amyotrophische Affectionen nach infectiösen Nephritiden u. s. w. Nach Bar sind es grösstentheils nicht diagnosticirte, gonorrhoische Arthritiden und auf diesen Punkt möchte er die Aufmerksamkeit lenken.

Paul Oppler (Breslau).

(50) Fié fügt im Anschlusse an eine interessante Beobachtung der schon bekannten Reihe von Complicationen des Uteruscurettements eine seltene hinzu, den Tripperrheumatismus. Es handelte sich bei seinem Falle um eine Frau, die an gonorrhoischer Vaginitis und Metritis litt. Die Vaginitis war beinahe geheilt, als Metrorrhagien auftraten, welche ein Uteruscurettement nothwendig machten. Unmittelbar nach demselben trat ein typischer monarticulärer Rheumatismus auf. Fié warnt deshalb vor operativen Eingriffen bei gonorrhoischer Metritis.

Paul Oppler (Breslau).

(51) Nach Boucher verläuft die gonorrhoische Pericarditis ganz wie die genuine, entsteht in der 4.—5. Woche nach der Infection und endet, wenn nicht mit Endocarditis complicirt, meist rasch und gut. Sie kommt auch ohne intercurrente Arthritis zur Entwicklung. Vf. nimmt, ohne auf positive Anhaltspunkte gestützt zu sein, doch die echt gonorrhoische Natur der Pericarditis an. E. Finger (Wien).

(52) Raynaud sammelt die einschlägige Literatur über Pericarditis gonorrhoica, ohne neue Daten zu liefern.

(53) Valerio hat Stoffwechseluntersuchungen an dem Urin und dem Blute zweier von Arthritis blennorrhagica befallenen Patienten gemacht und Folgendes gefunden: 1. Die Urinmenge (in 24 Stunden) bleibt im ganzen Krankheitsverlauf nahezu gleich. 2. Der Urin ist sauer im acuten (I.) Stadium; im Stadium des Abklingens der Erscheinungen (II. Stadium) vermindert sich die Acidität. 3. Im Stadium I ist die Harnstoffausscheidung geringer als normal, im Stadium II aber nicht. 4. Die Phosphatausscheidung ist vermehrt im Stadium I, vermindert im Stadium II. 5. Die Zahl der Leukocyten im Blute ist im I. Stadium vergrössert, im II. in normalen Grenzen. 6. Das umgekehrte Verhalten zeigen die

rothen Blutkörperchen. 7. Der Hämoglobingehalt des Blutes steht hierbei im geraden Verhältniss zur Menge der rothen Blutkörperchen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

(54) Nach Lipski haben die Augenerscheinungen bei Gonorrhoe Folgendes gemeinsam: 1. Sie entwickeln sich im Verlaufe einer Gonorrhoe, ohne dass eine directe Uebertragung stattfindet und 2. coincidiren sie sehr oft mit dem Rheumatismus gonorrhoicus. Es können von Augencomplicationen auftreten: *a*) Conjunctivitis sich acut entwickelnd und in wenigen Tagen ablaufend; oft sind beide Augen befallen. *b*) Iritis, plastica, purulenta, haemorrhagica oder serosa. Letztere ist bei weitem am häufigsten. Alle zeigen typischen Verlauf. *c*) Dacryoadenitis, Schmerz, Hypersecretion von Thränen, enormes Oedem der Lider, dazu Fieber, Schlaf- und Appetitlosigkeit. Gewöhnlich doppelseitig und sehr schnell abheilend. *d*) Tenonitis. *e*) Neuritis optica; gewöhnlich sehr schwer und einseitig auftretend. Sorgfältig zu trennen ist die erwähnte Conjunctivitis von der durch Gonococceninvasion verursachten Blennorrhoe. Die Conjunctivitis, Iritis und Dacryoadenitis treten wie erwähnt zwar nicht schwer auf, können aber auch ohne eine neue Gonorrhoe recidiviren.

Paul Oppler (Breslau).

(55) Claudel unterscheidet im Verlaufe der Gonorrhoe zwei verschiedene Rückenmarksaffectionen; die eine derselben unter dem Bilde einer auf die unteren Extremitäten beschränkten oder allgemeinen progressiven Muskelatrophie erscheinend schliesst sich stets an Gelenkaffectionen an und die Theorie für ihre Entstehung geht dahin, dass eine Reflexwirkung von Seiten der entzündeten Gelenke auf das Rückenmark stattfinde. Bei der zweiten Gruppe ist das Rückenmark direct durch das gonorrhoische Virus — vielleicht in Gemeinschaft mit einer secundären Infection — erkrankt, was sich in Paraplegien, mit oder ohne Betheiligung der Sphincteren, äussert. Bei der einzigen Section, die bisher bei einer solchen Erkrankung stattgefunden hat, sind zwar keine Gonococcen nachgewiesen worden, es sei dies jedoch kein Grund, ihren Ursprung auf Basis der gonorrhoischen Infection zu leugnen.

Paul Neisser (Beuthen).

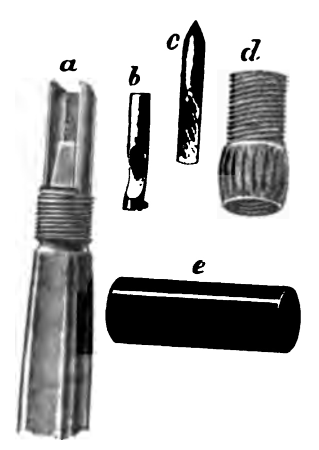
(56) Berger berichtet über 2 Fälle von subconjunctivalem und palpebralem Abscess bei gonorrhoischer Conjunctivitis; ihre Entstehung und ihr Verlauf ist ganz analog dem periurethralen Abscesse im Verlaufe einer Gonorrhoe zu denken. Paul Neisser (Beuthen).

(57) Nach Gouget tritt die blennorrhagische Phlebitis im Mittel 3—6 Wochen nach Beginn des Ausflusses auf, meist an den unteren Extremitäten, häufig multipel, einseitig oder doppelseitig, fast immer mit leichteren oder schwereren Allgemeinerscheinungen. Dauer der Krankheit 2—8 Wochen. Die Verbreitung des Virus erfolgt entweder wie bei der Phlegmasia alba dolens, oder von einem an Arthritis gonorrhoica erkrankten Gelenk aus durch die kleinen Venen, oder auf dem Wege der allgemeinen Circulation. F. Epstein (Breslau).

Varia.

Neue Instrumente zum dermatologischen und mikroskopischen Gebrauch.[1] Von Dr. Joseph Schütz in Frankfurt a. M.[2])

1. Vollständig zerlegbarer, aseptischer, ganz aus Metall bestehender Scarificator. Der 13½ Cm. lange, leicht konische achteckige Halter endet vorne in eine einseitig offene Hülse *a* mit einem kubischen Hohlraum im Inneren. In letzterem können bis zu 8 Messerchen mit ihrem Befestigungsende Aufnahme finden. Die Messer *c* sind einfache



glatte, rechteckige Stahlplatten, welche spitz und zweischneidig zugeschliffen sind. Sie haben weder Bohrlöcher noch Einschnitte an ihrem Talon. Sie lassen sich daher leicht reinigen, trocknen, desinficiren, schleifen, neubeschaffen. Zum Gebrauch werden die Messer bis auf eins in ihren Einlass gelegt. Darauf legt man ein (in einer rückwärts quer liegenden Hohlrinne des Griffes articulirendes) Klemmfutter *b* und schraubt eine ringförmige Klemmschraube *d* über den Messerraum auf ein hinterliegendes Gewinde. Alsdann steckt man die letzte Klinge noch ein und klemmt nun durch Aufschrauben der Klemmschraube (und deren dadurch bewirktes Vorrücken nach den Messern zu) Messer und Klemmfutter fest. Man kann auch weniger als 8 Klingen oder weitere Abstände derselben nach Einlegen entsprechender Metallplättchen bezl. Durchschüsse anwenden. Nach theilweiser Abnützung lassen sich die Messerspitzen stets gleichrichten. Ueber die Messer wird beim Transport eine Schutzkappe *e* geschraubt.

2. Klemmzange mit Unterlagplatte und Ring zur künstlichen Blutleere beim Sticheln der äusseren Wangenhaut. Dieselbe

[1]) Verfertiger Georg Härtel, Breslau.

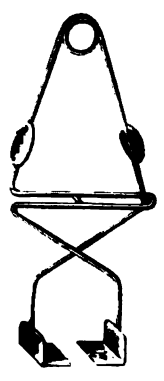
[2]) Auf der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Frankfurt a. M.

lässt sich auseinandernehmen und besitzt Crémaillièreschluss. Sie ist eine Modification der Mathieu'schen Zungenzange. Scarificator und Klemmzange benutzt Autor bei seiner Behandlungsweise des Lupus vulgaris (Arch. f. Derm. u. Syphilis. XXVI. 1894) wie auch zur Beseitigung von Teleangiektasien.

3. Zerlegbare aseptische Salbenspritze. Das gekrümmte Schnabelende ist vom graden Schaft abschraubbar und zerfällt dann in 2 Längshälften, welche ihren gegenseitigen Halt an der Spitze durch



Ineinandergreifen eines dreieckigen Ausschnittes fanden. Bei Benützung werden mit einer Spatel genannte gekrümmte Hälften mit Salbe vollgestrichen, dann der Kugelknopf des federnden Stempels in eine Hälfte gelegt, die andere Hälfte passend darübergeschoben, der gerade Schaft über den Stempel gezogen, und Schaft und Schnabel an einander geschraubt. Das Innere des Schnabeltheils beginnt und endigt mit schrägen Wänden. In Folge dessen lässt sich der Stempel von Anfang an ohne den leisesten Ruck sanft vorschieben. Der Hauptwerth des Instrumentes liegt in dessen Reinlichkeit: 1. kommt mit Salbe nur ein Theil des In-



strumentes in Contact und 2. können alle Theile ausgebürstet werden. Endlich sind 3. alle Theile der Controle des Auges zugänglich.

4. Deckglasklemmpinzette aus Nickelin. Dieselbe fasst das Deckglas an zwei gegenüberstehenden Kanten und lässt sich mit dem Deckglas als Boden aufrecht hinstellen. Sie ermöglicht daher Deckglaspräparate zu färben, ohne dass die Pinzette abgenommen wird, was bei Innehaltung kurzer Färbungseinwirkungen bequem ist. Unentbehrlich ist die Pinzette dem Autor geworden bei dünnsten Paraffinschnitten, welche auf dem Deckglas angetrocknet gefärbt werden sollen, ohne dass sie sich loslösen oder gar durch Diffusionsströme zerrissen werden. Namentlich beim Uebergang von Wasser in Alkohol oder umgekehrt ist das allmälige Passiren einer nöthigen Anzahl von Gemischen steigender Concentration durch diese Pinzette wesentlich erleichtert.

5. Deckglasgestell für 12 Deckgläschen (aus Nickelin gefertigt). Es ermöglicht 12 Deckglaspräparate in einem kleinen Glastrog



mit nur 10 Cc. Flüssigkeit zu färben, wobei der Trog nur halb gefüllt ist, die Flüssigkeit aber durch Capillarität steigend, die nahe einander stehenden Deckglasflächen ganz bespült. Bequemlichkeit, Sparsamkeit, Reinlichkeit sind Vorzüge des kleinen Instrumentes, das durch angebrachte Numerirung Präparate auch verschiedener Provenienz gleichzeitig zu färben gestattet.

Eine neue Form von Flaschen für Farbflüssigkeiten. Von Dr. S. Vollmer, dirig. Arzt der Privatklinik für Hautkrankheiten zu Bad Kreuznach.

Jeder, der viel mikroskopirt, wird schon mit den Farbflüssigkeiten befleckte Finger davongetragen haben, die ihn zu längerer, oft beschwerlicher Reinigung derselben nöthigten. Das liegt zum Theil an der eigenen Ungeschicklichkeit, zum Theil aber auch an den mit den Farbstoffen beschmutzten Pfropfen und Flaschen selbst. Diesen Uebelständen abzuhelfen soll eine neue Applicationsweise der Farbflüssigkeiten auf das Deckglas dienen, die ich mir für die Färbung der Gonococcenpräparate zurechtgemacht habe, die aber auch für viele andere Färbungen, wie mir scheint, recht geeignet ist. Es handelt sich kurz um die Frage, wie man ohne überhaupt Gefahr zu laufen mit dem Methylenblau seine Finger zu beflecken, einen bis 2 Tropfen der gewöhnlichen wässerigen Lösung auf ein Deckgläschen applicirt. Im Schrank meines Operationszimmers hatten sich einige von den zur Narcose mit dem Anschutz'schen Chloroform hergerichteten doppelt durchlöcherten Korkpfropfen angesammelt. Von diesen nahm ich einen goss in ein gewöhnliches Reagenzglas einige Cubikcentimeter der Methylenblaulösung, drückte den Pfropfen fest auf die Oeffnung und war und bin bis jetzt von dieser handlichen Flasche so befriedigt, dass ich glaube, allen Collegen, die viel Gonococcen zu färben haben, diese neue selbst leicht herzustellende Propfflasche warm empfehlen zu können. Ich habe mir auch für Fuchsin-, Bismarckbraun-, und Hämatoxylinlösungen solche Flaschen hergerichtet. Sie haben ein elegantes Aussehen auf dem Mikroskopiertische, sind ungemein praktisch und dürften ausser mir noch viele Freunde finden.

Der 15. Congress für innere Medicin findet vom 9.—12. Juni 1897 zu Berlin statt. Die Abhaltung des Congresses geschieht nur in diesem Jahre ausnahmsweise zu Pfingsten. Die Sitzungen finden im Architektenhause (Wilhelmstrasse 92/93) statt, woselbst sich auch das Büreau befindet. Das Präsidium übernimmt Herr v. Leyden (Berlin).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch, den 9. Juni: Die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus. Referenten: Herr Bäumler (Freiburg) und Herr Ott (Marienbad).

Am zweiten Sitzungstage, Donnerstag, den 10. Juni: Epilepsie. Referent: Herr Unverricht (Magdeburg).

Am dritten Sitzungstage, Freitag, den 11. Juni: Morbus Basedowii. Referent Herr Eulenburg (Berlin).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr A. Fränkel (Berlin) und Herr C. Benda (Berlin): Klinische und anatomische Mittheilungen über acute Leukämie. — Herr v. Jaksch (Prag): Klinische Beiträge zur Kenntniss des Kohlehydratstoffwechsels. — Herr O. Liebreich (Berlin): Die Ziele der modernen medicamentösen Therapie. — Herr E. v. Leyden (Berlin): Ueber die Prognose der Rückenmarkskrankheiten. — Herr Martin Mendelsohn (Berlin): Die klinische Bedeutung der Diurese und die Hilfsmittel ihrer therapeutischen Beeinflussung. — Herr A. Baginsky (Berlin): Zur Pathologie und Pathogenese der kindlichen Sommerdiarrhöen; mit Demonstration. — Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): Zur Aetiologie des chronischen Gelenkrheumatismus. — Herr Rumpf (Hamburg): Neue Gesichtspunkte in der Behandlung chronischer Herzerkrankungen. — Herr Fürbringer (Berlin): Zur Klinik der Lumbalpunction. — Herr Jacques Mayer (Karlsbad): Diabetes mellitus im jugendlichen Alter.

Weitere Anmeldungen von Vorträgen nimmt der ständige Secretär des Congresses, Herr Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Friedrichstrasse 4, entgegen.

Für Krankenvorstellungen und Demonstrationen ist eine ganze Nachmittagssitzung vorbehalten; dieselben bedürfen vorheriger Anmeldung.

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten etc. verbunden. Auskunft über diese Ausstellung ertheilt der Vorsitzende des Ausstellungscomités, Herr Generalarzt Schaper in Berlin, Königl. Charité, oder der Schriftfuhrer des Berliner Localcomités, Herr Priv.-Doc. Martin Mendelsohn, Berlin NW., Neustädtische Kirchstrasse 9, an welche auch die Anmeldungen der Demonstrationen etc. zu richten sind. Die Ausstellung wird gleichfalls im Architektenhause (Wilhelmstrasse 92/93) stattfinden. Das Festessen des Congresses wird im Zoologischen Garten abgehalten werden.





Fig. 1.



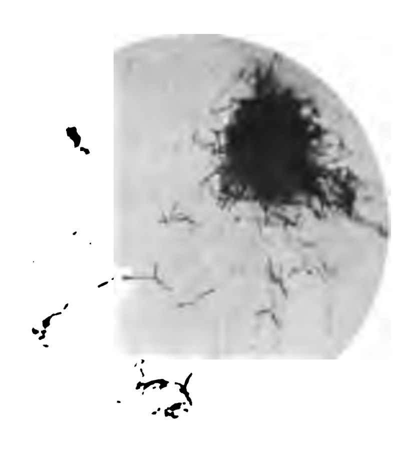


Fig. 2.

Kozerski: Actinomycose etc.





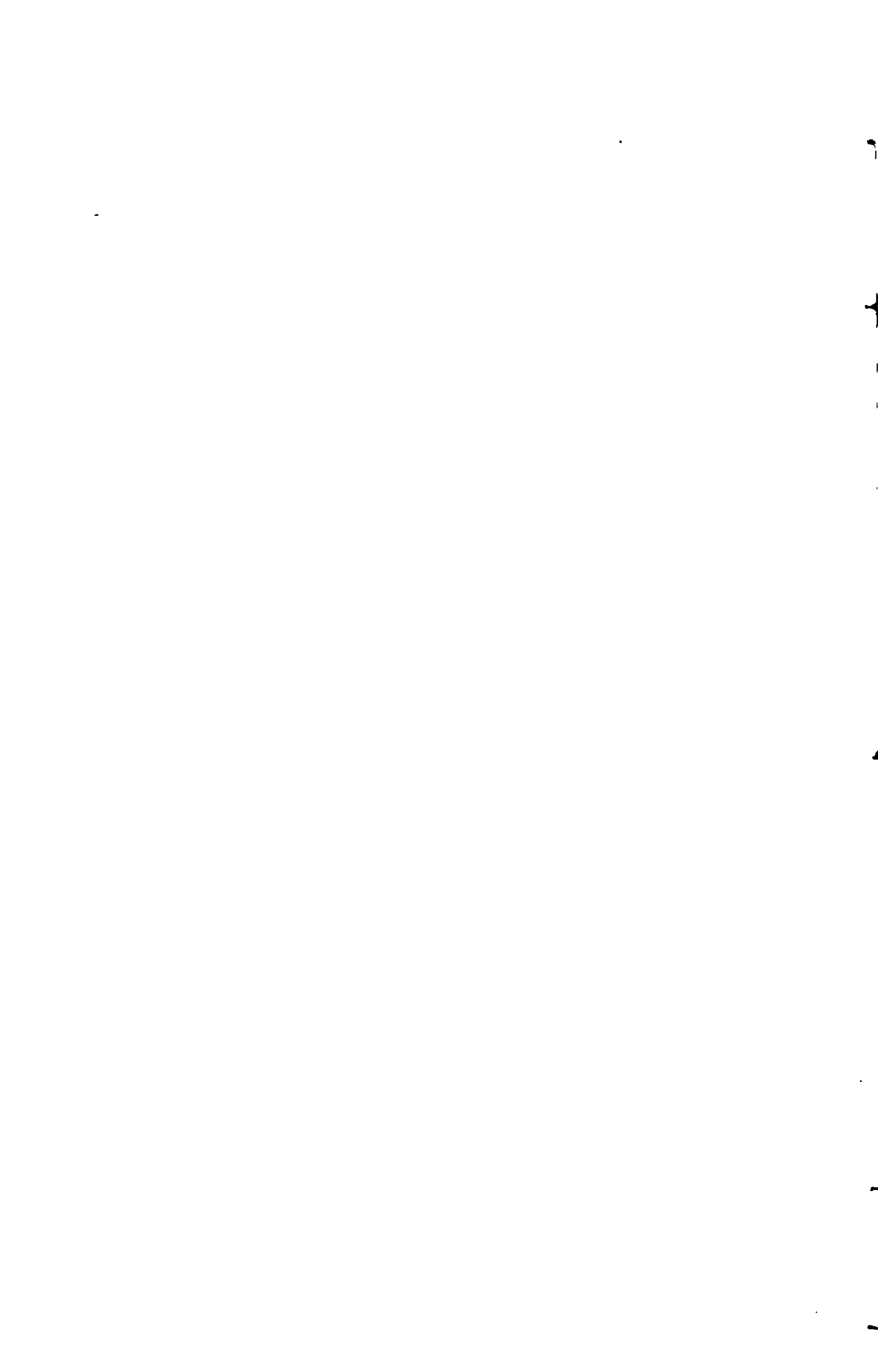
Fig. 3.



Fig. 4.

Kozerski: Hautactinomycose etc.

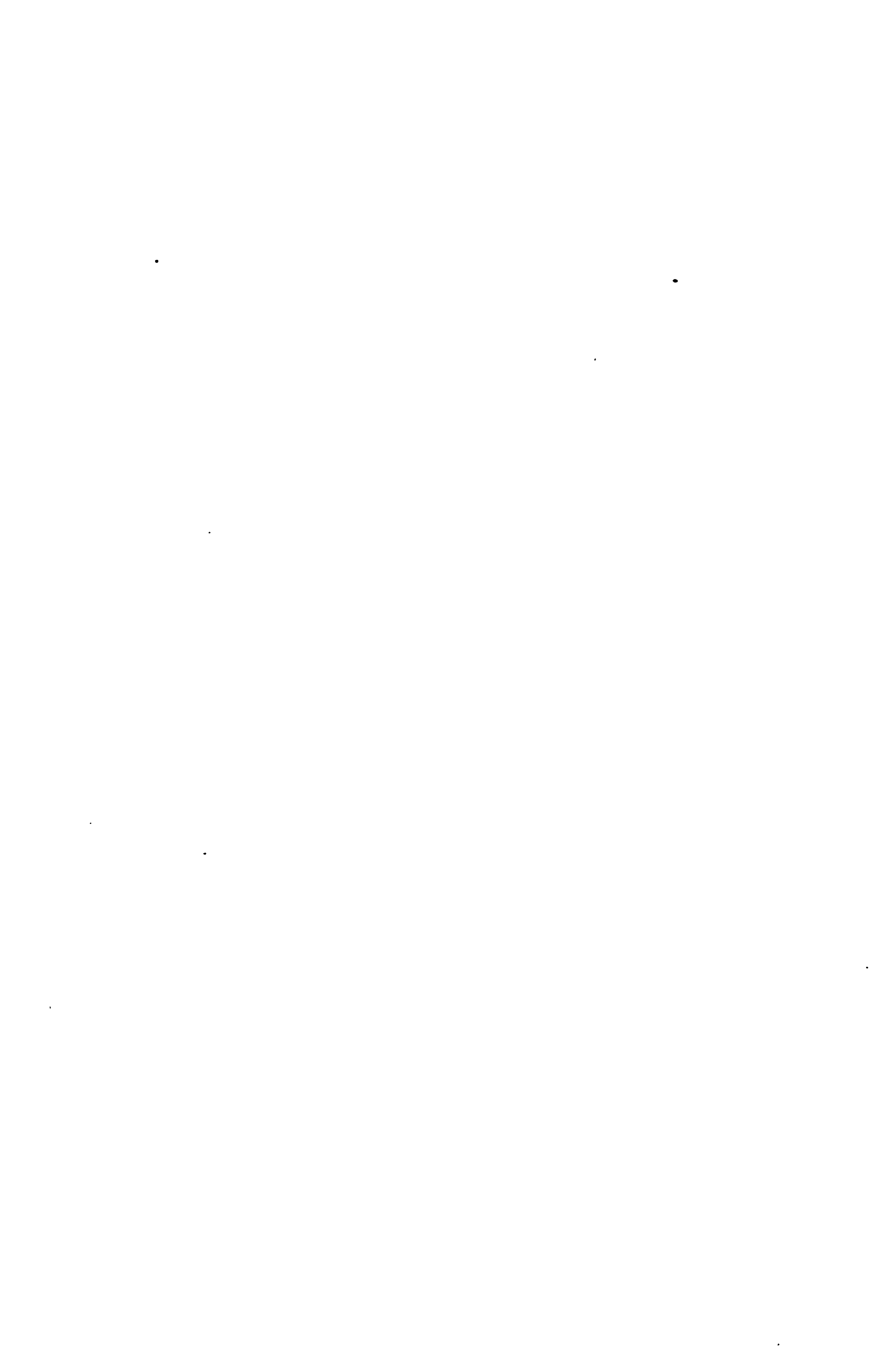
K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.





Herxheimer: Patholog. d. Protoplasm. d. Epithelzellen

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.



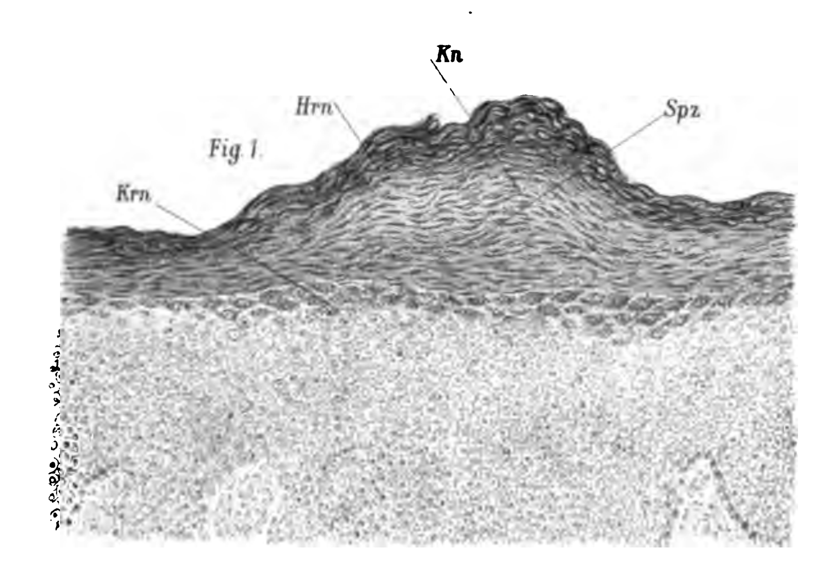
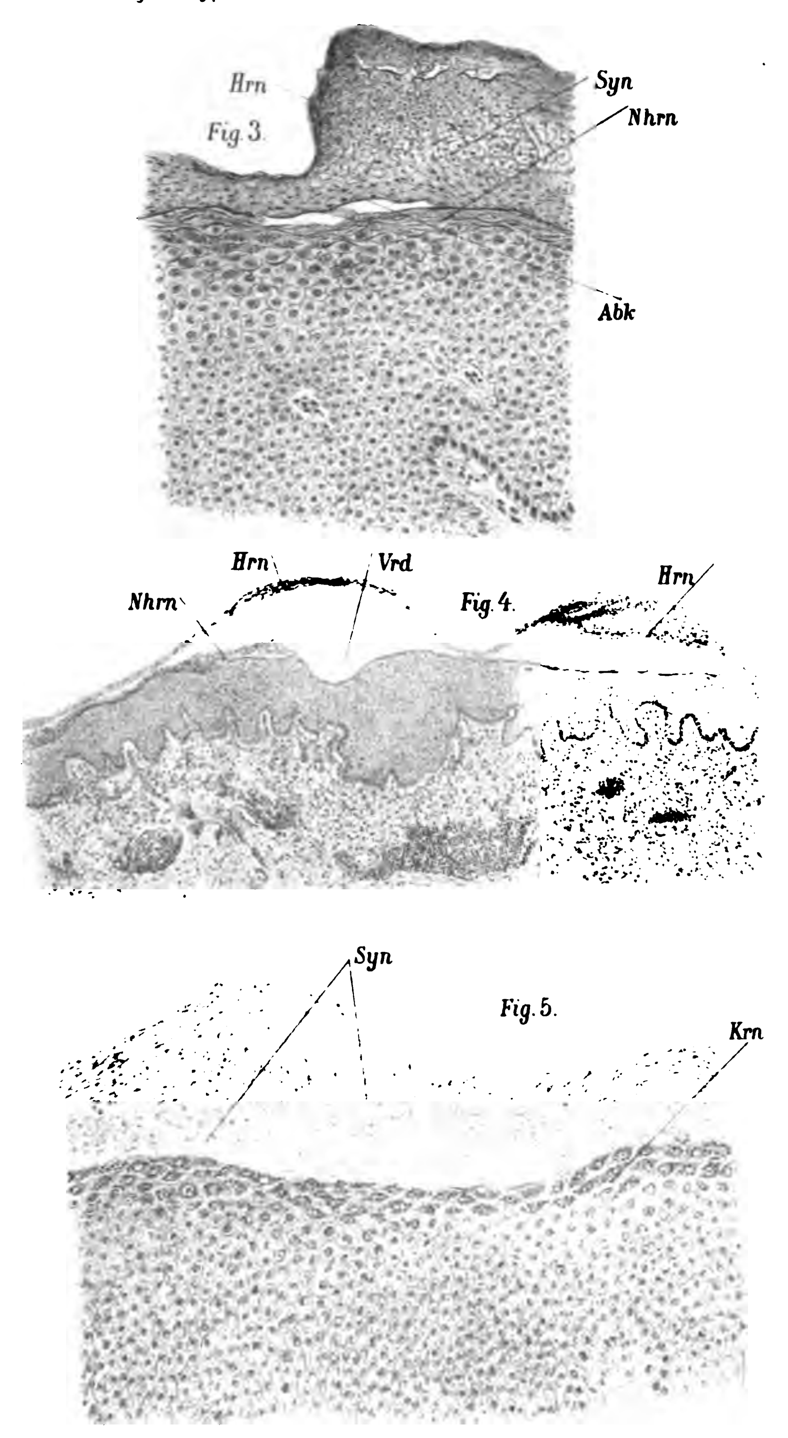


Fig. 2.

Syn
Spz
Hrn
Krn
Hrn

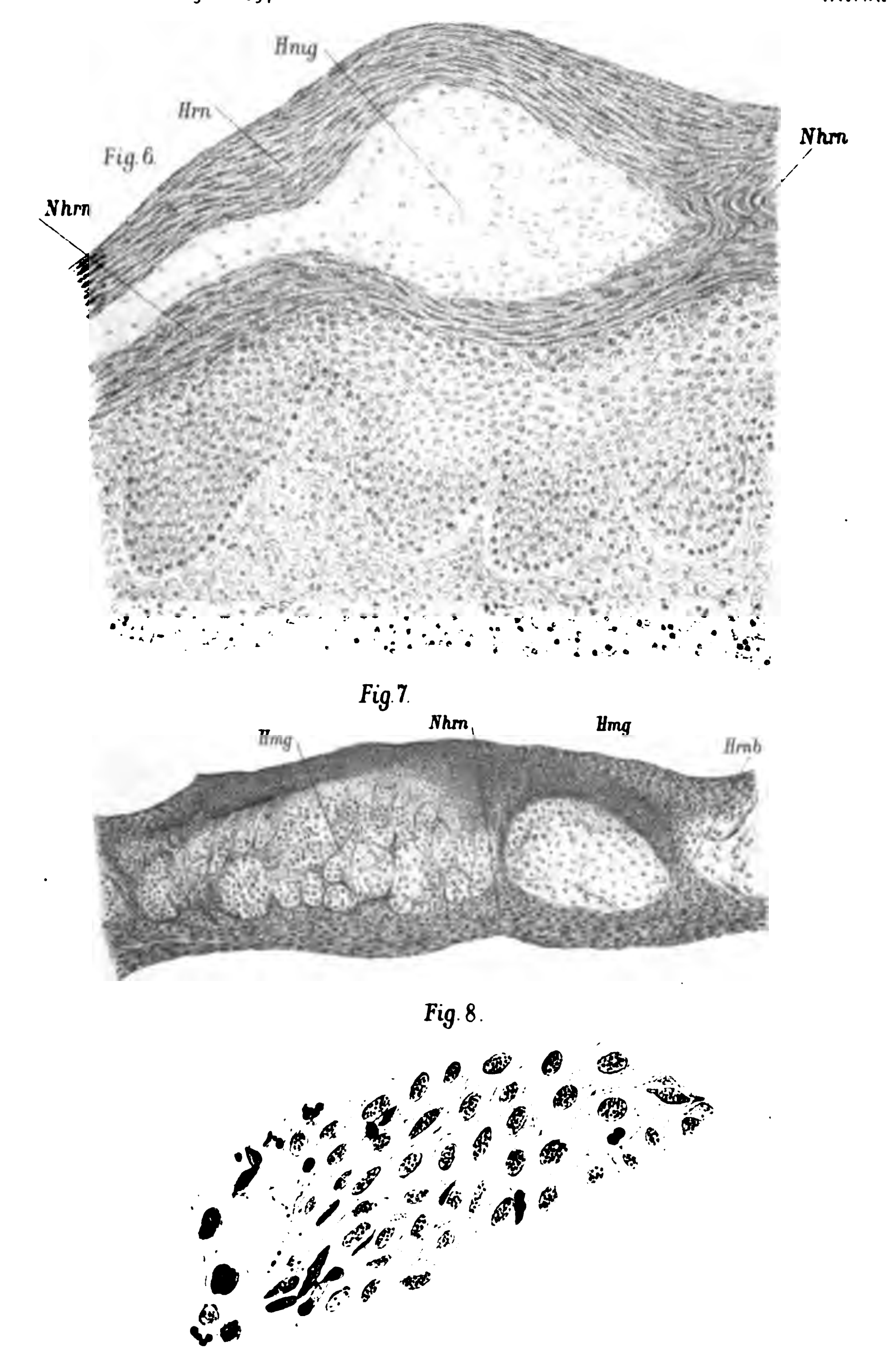
Spiegler: Histol. Studien über d. Eczema marginatum



Spiegler: Histol. Studien über d. Eczema marginatum

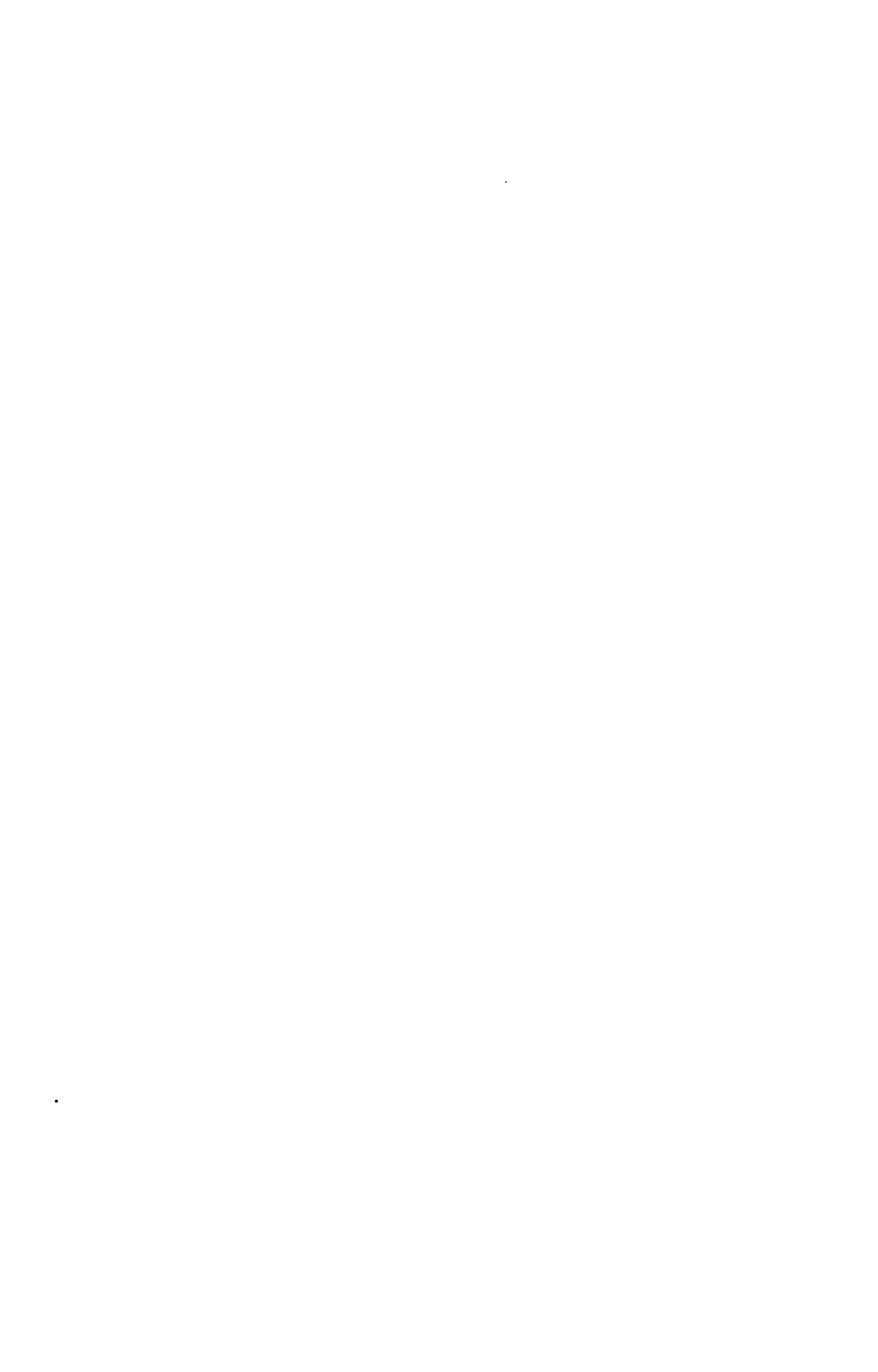
K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.





Spiegler: Histol. Studien über d. Eczema marginatum.

Originalabhandlungen.



Zur Frage über die Permeabilität der normalen Haut.[1]

Eine experimentell-mikroskopische Untersuchung.

Von

Dr. **M. Manassein,** St. Petersburg.

(Hierzu Tafel X und XI.)

Bei Durchsicht der zahlreichen Literatur der von mir berührten Frage erhält man die Ueberzeugung, dass in successiver Reihenfolge Arbeiten erscheinen, bald mit positiven, bald mit negativen Resultaten, wobei, abgesehen von Arbeiten, die in unserer Zeit bei den jetzigen Untersuchungsmethoden nur historisches Interesse darbieten, sogar die neuesten Arbeiten in den Details der Versuche und daher auch in den erlangten Resultaten soweit von einander abweichen, dass ein Vergleich derselben, bei logischer Denkungsart, unmöglich erscheint. Man kann jedoch das Factum nicht ausser Acht lassen, dass in Folge solch' einer Lage dieser Frage, dieselbe auch bis jetzt objectiv als nicht vollkommen gelöst erscheinen muss, wie es die Meinungsverschiedenheiten nicht nur in den Lehrbüchern der Physiologie und der allgemeinen Pathologie, sondern sogar in den Lehrbüchern der Hautkrankheiten beweisen. Subjectiv dagegen steht es natürlich jedem frei, sich der einen oder der anderen Ansicht anzuschliessen, je nachdem, nach welchen Arbeiten er sich richtet, so dass, von diesem Standpunkte aus, jede weitere Arbeit in der erwähnten Richtung das vollständige und unbestreitbare Existenzrecht besitzt.

---

[1]) Nach einer vorläufigen Mittheilung auf der dermatologischen Section des VI. Congresses russischer Aerzte zu Kiew. 1896.

Ich werde nur solche Arbeiten berühren, die besonderes Interesse und nähere Beziehungen zu meiner Untersuchung haben, und die mir helfen können, meine eigene Anschauung über diese Frage zu äussern, mag sie nun richtig sein oder nicht, und möglicherweise einige weitere Erörterungen hervorzurufen, was auch für die Sache selbst von Wichtigkeit ist, da „du choc des opinions jaillit la verité“!

Vor mehr als 50 Jahren gebrauchte Oesterlen (Uebergang des regulinischen Quecksilbers in die Blutmasse und die Organe, Arch. f. physiol. Heilkunde, 1843) das Mikroskop zur Auffindung des Quecksilbers, nachdem er Katzen Quecksilbersalbe eingerieben hatte, sie dabei mit derselben fütterte; um vor Aufnahme des Quecksilbers durch die Lungen geschützt zu sein, verband er den Kopf der Thiere einfach mit einem Handtuche!

R. Overbeck (Mercur und Syphilis, 1861) wandte das Mikroskop und die chemische Methode an, um das Quecksilber aufzufinden und erhielt positive Resultate. Das Eindringen des Quecksilbers durch die Haut gelang ihm am eclatantesten an einem Kaninchen nachzuweisen, welchem er den Thorax 8 Tage hindurch mit ung. ciner. einsalbte; er konnte dabei nicht nur in der Epidermis und Cutis, sondern sogar in dem Unterhautzellgewebe, den Intercostalmuskeln und in der Pleura Quecksilber auffinden.

Sehr überzeugend, dem Anscheine nach! Doch wiederholte Prof. Rindfleisch (Zur Frage von der Resorption des regulinischen Quecksilbers, Arch. f. Derm. u. Syph. 1870) sehr sorgfältig die Versuche Overbeck's mit allen, von ihm angegebenen, Cautelen, deren Wirksamkeit übrigens Rindfleisch leugnet; er ergänzte sie durch seine Untersuchungen und kam zu folgenden Schlüssen: 1. das regulinische Quecksilber der grauen Salbe dringt weder in die äussere Haut, noch in die Schleimhäute, noch endlich in die serösen Häute, wenn diese unverletzt sind; 2. es dringt dagegen allerdings in das klaffende Parenchym des Körpers, insbesondere in offenstehende Lymphgefässe und in den Boden fressender Geschwüre.

Nach seinen mikroskopischen und chemischen Untersuchungen an Katzen, Hunden, Meerschweinchen, Kaninchen, Fröschen, an der Haut todtgeborener Kinder, an lebenden Menschen und zwar an jenen Theilen des Körpers, die zur Amputation bestimmt waren, ferner an Harnblasen und dem Pericardium experimentirend, erhielt Neumann (Wien. Med. Wochenschrift, 1871) folgende Ergebnisse: durch das Einreiben der grauen Salbe in die unverletzte Haut dringen Quecksilberkügelchen in den Haarbalg bis zum Bulbus, in die freimündenden Talgdrüsen (weniger in die in den Haarbalg einmündenden) und in den oberen Theil der Schweissdrüsen ein. Im subcutanen Zellgewebe und in der Cutis konnten nie Quecksilberkügelchen beobachtet werden. Durch die Hornschicht dringt das Quecksilber nicht durch.

Auf dem V. Congress deutscher Balneologen (1883) theilten Lewin und Rosenthal die Resultate ihrer Versuche mit, die sie über die Fähigkeit der thierischen Haut Arzneimittel zu resorbiren machten. Beim Einreiben der Salben, mit Hilfe eines Pinsels in die vorher rasirte Haut, fanden sie nach einiger Zeit Spuren von Blei im Harn, in der Leber und sogar im Gehirn. Solche Resultate ergaben aber nur die essigsauren und salpetersauren Salze des Bleies, das ung. Hebrae dagegen, welches das unlösliche Bleioxyd enthält, gab ein negatives Resultat.

Ueber dasselbe Thema arbeitete Monnereau (Recherches experimentales sur le rôle de l'absorption cutanée dans l'intoxication et la paralysie saturnine) in demselben Jahre; er rieb Kaninchen längere Zeit hindurch Bleisalze in die Haut ein und kam zu entgegengesetzten Folgerungen: nie finde eine Resorption der Bleisalze durch die Haut statt und eine Bleivergiftung könne nicht durch die Hautresorption stattfinden.

Im Jahre 1886 erschien die Arbeit von Ritter (Zur Frage d. Hautresorption, Berl. kl. Woch.), deren Hauptzweck die Nachprüfung Liebreich's Angaben über die Resorptionsbeförderung des Lanolins war. Ritter kam jedoch zu denselben negativen Resultaten, wie auch in seiner früheren Arbeit über die Absorptionsfähigkeit der normalen menschlichen Haut (D. Arch. f. kl. Med. Bd. 34), in welcher er nach zahlreichen Experimenten zum Schluss kam, dass die normale Menschenhaut nicht resorptionsfähig sei, ganz gleich ob die zu untersuchenden Stoffe in flüssiger Form, in Salbenform oder in Form von fein zerstäubter Flüssigkeit angewandt wurden, dass aber alle diejenigen Stoffe, welche die Haut reizen, in dieselbe eindringen können, nur unter der Bedingung, dass sie so stark wirken, dass die Integrität der Haut verletzt wurde. Nicht weniger interessant ist die Arbeit von Stas (De l'absorption etc. la Presse med. Belge, 1886), welcher zur Ueberzeugung kam, dass die unverletzte menschliche Haut wässerige Lösungen nicht resorbire, unter anderem auch Jodkalilösungen nicht, Jodtinctur dagegen, 5 Tage hindurch auf die Brust aufgetragen, wirkte abhebend auf die Epidermis und dadurch natürlich auf den Durchtrittt von Jod in die Circulation. Im Jahre 1886 erschien auch die Arbeit von Ferrari und Asmondo (Sull' assorbimento del mercurio metallico per la pelle, Gaz. degli Ospedali, 1886,) in welcher auf Grund ihrer Untersuchungen die Autoren der Haut die Resorptionsfähigkeit bei Quecksilbereinreibungen absprechen, das Quecksilber dringe dabei durch das Einathmen in den Organismus.

Im Jahre 1891 leugnen Guinard und Bouret (Recherches sur l'absorption cutanée des substances medicamenteuses etc. Lyon Med.) auf Grund zahlreicher Versuche mit Jodkalium, Strychnin, Atropin, Sublimat die Absorptionsfähigkeit der menschlichen Haut für Arzneistoffe aus Fett-Vaselin oder Lanolinsalben, selbst bei mehrtägigem Contacte. Auch bei Hunden, Kaninchen und Rindern war das Resultat stets negativ, wenn bei den Einreibungsversuchen das Lecken verhindert wurde und bei wiederholter Einreibung von Zinnober und Berlinerblausalben gelang es beim Pferde nicht die Stoffe in den tieferen Schichten der Haut nach-

zuweisen. Das Auftreten von Jod im Harne nach Einreibung von Jodkaliumsalben auf Hautstellen, welche von Excoriationen frei sind, erklären die Autoren aus dem Freiwerden flüchtigen Jods.

Im Jahre 1892 erschien die Arbeit von M. Traube-Mengarini (Ueber die Permeabilität der Haut, Arch. f. Anat. u. Physiol. Supplbd.); sie hat für uns russische Aerzte ein besonderes Interesse, da mehr denn vor 30 Jahren Dr. Schwarz (Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage über die Permeabilität der Haut [russisch] 1865) zu sehr ähnlichen Resultaten gelangte, wie sie Traube-Mengarini aufweist, obgleich letztere die neuesten technischen Mittel anwandte. Traube-Mengarini blieb diese Arbeit unbekannt aus Gründen, die der überwiegenden Mehrzahl der russischen Arbeiten vorliegen.

In der Arbeit von Traube-Mengarini fiel dem Mikroskop eine entscheidende Rolle zu; sie gebrauchte bei ihren Untersuchungen Carmin-Lösungen, Lösungen von gelbem Blutlaugensalz, Jodtinctur (1 Versuch am Hunde und 1 Versuch am Menschen) und Lösungen von Jod mit Jodkali. Schwarz wandte ausser Quecksilbereinreibungen, in Form grauer Salbe, an der Haut der Hunde auch T-ram jodi off. an, ebenso Eisenoxydsalz und Ferrocyankalium, eine alkoholische Lösung von Rhodankalium mit nachfolgender Anwendung von Eisensesquichlorid.

In dem ersten Versuche erhielt Schwarz keine Verfärbung und keine Spuren von eingedrungenem Berlinerblau. Die blaue Verfärbung des ganzen Stratum Malpighii und der Cutis bis zum Niveau der unteren Ende der Haarbälge, wo beim Rasiren des Thieres die oberflächliche Schicht der Epidermis abgehoben war und die seröse Flüssigkeit einen dünnen Schorf gebildet hatte, dient, meiner innersten Ueberzeugung nach, als glänzender Beweis der Undurchdringlichkeit der unverletzten Haut und der Permeabilität der, wenn auch auf einer ganz kleinen Fläche, verletzten. In Betreff jedoch der Permeabilität der verletzten Haut für gelöste Stoffe haben wir zu viele Data, um überhaupt darüber noch zu reden!

Auch ein zweiter Versuch dient um dasselbe schlagend zu beweisen, da die wahrgenommene Verfärbung einiger oberflächlicher Epidermisschuppen unbedingt vollkommen isolirte Schuppen des Stratum corneum betrifft, welche für sich allein, natürlich, ebenso wie die ganze Oberfläche, in jeglichem färbenden Mittel gefärbt werden können. Bezüglich der Einreibungen alkoholischer Lösungen und speciell der T-rae Jodi wissen wir aber aus einem beliebigen Lehrbuche der Dermatologie, dass Druck, Reiben etc., dass das Einwirken reizender Stoffe wie Spiritus Sinapis, Jodtinctur, spanische Fliegen, Sublimat etc., ein Erythem hervorrufen können. Wenn dem so ist, so hat man folglich bei entsprechender Versuchsstellung mit einer Haut zu thun, welche in einem Stadium der Entzündung sich befindet und solch' eine Haut mit einer normalen zu vergleichen, ist, meinem Dafürhalten nach, zum mindesten nicht zweckentsprechend.

Der folgende Versuch bestätigt noch deutlicher meine Aufnahme. Beim Hunde bemerkte man nach längerem Auftragen von Trae Jodi „häufiges Heben der vorderen Extremitäten, sehr unruhige Bewegungen und Stöhnen". Als Resultat erhielt der Autor ein tiefes Eindringen des Jods, umso mehr, als die Hälfte des Stückes der Haut, welche zur Untersuchung gelangte, mit Wasser abgespült wurde und folglich alle Bedingungen zur Lösung des Jods und zum Eindringen in die Gewebe der schon todter Haut gegeben waren. Die Untersuchung aber der anderen Hälfte, welche bis zum anderen Tage zwischen zwei Uhrschälchen aufbewahrt wurde, war ohne Zweifel die einer todten Haut.

Somit ist die Schlussfolgerung Schwarz's, dass alles, was von ihm bei der Untersuchung mit dem Mikroskop und der chemischen Reaction gefunden war, unterstützt durch die Erscheinungen beim Hunde während der Bepinselung, unbedingt darstellt, dass Jod in alkoholischer Lösung durch die Haut dringe, nur in der Hinsicht richtig, dass Jod wirklich durchdringt, aber nur durch eine mehr oder weniger verletzte Haut, ebenso wie auch alle ähnlichen Stoffe, besonders in alkoholischer Lösung bei Anwendung von Druck und beim Reiben und bei geringerer oder stärkerer Verletzung des Stratum corneum. Traube-Mengarini constatirte auch bei Anwendung von gelber Blutlaugensalzlösung und Eisensesquichlorid Körnerchen von Berlinerblau nur in der oberflächlichsten Hornschicht und konnte dabei mit Sicherheit nicht entscheiden, ob vielleicht diese Körner nicht aus Fettröpfchen oder aus anderem Schmutz der Hautoberfläche bestanden. Das Constatiren von Berlinerblau in den tieferen Schichten erklärt sich, meiner Meinung nach, durch die zu lange Dauer der Einwirkung auf ein und denselben Theil der Epidermis, da bei einem Versuch die Procedur 70 Tage, in einem anderen Falle 2 Monate hindurch dauerte. In Betreff der von Traube-Mengarini ausgesprochenen Ueberzeugung, dass in ihren Versuchen bei Einpinselungen mit Jodtinctur kein Verdacht auf eine Verletzung der Hautintegrität auftreten kann, ebensowenig wie auch in Bezug auf eine entzündliche Veränderung der Haut, verweise ich auf die obenangeführte Möglichkeit des Entstehens eines Erythems und bemerke nur, dass der Autor selbst eine Veränderung chemischen Charakters zugibt, ohne aber das eigentliche Wesen derselben zu bestimmen! Auf die Möglichkeit der Verletzung der Integrität der Haut weisen die eigenen Worte des Autors, dass an einigen Stellen das Stratum granulosum gar nicht gefärbt erschien. Spricht das nicht dafür, dass die Verfärbung bei der geringsten Störung in der Integrität der Haut stattfand, wie auch bei Dr. Schwarz, dagegen unter sonst gleichen Bedingungen, wenn keine solche Verletzungen vorlagen, nicht auftrat?

Auf Veranlassung der Behauptung Traube-Mengarini's, dass das Jod aus wässeriger Lösung ebenso schnell in die Haut übergeht, wie aus der Jodtinctur, kann ich nicht umhin auf die alten Versuche von Braune hinzuweisen (Arch. f. path. Anat. vol. XI), welche unter Funke's Leitung gemacht worden sind und sogar die Durchlässigkeit der Haut

für Gaze in Zweifel setzen. Braune hielt den Fuss im Verlaufe einer Stunde in einem aus concentrirter Jodlösung bestehendem Bade oder in Jodwasserstoff; um vor Eintritt von Jod durch die Lungen geschützt zu sein, goss er eine Schicht Oel auf die Oberfläche des Wassers, wobei trotz der empfindlichsten Reagentien keine Spur von Jod in den Secreten gefunden wurde.

Mit Recht bemerkt Funke, dass ein solches negatives Resultat mehr Werth habe, als ein positives.

Auf Grundlage von 17 Versuchen mit negativem Resultat kommt mein Landsmann Dr. Javein (Wratsch, 1889) zur Ueberzeugung, dass die unverletzte Menschenhaut Jodkali aus wässerigen Lösungen nicht aufnehme. In seiner späteren Arbeit (Wratsch, 1891), in welcher er die Ergebnisse Dr. Peters', welcher nachweisen wollte, dass Jod aus Salben auch von der unverletzten Haut aufgenommen werde, nachprüfte, gelangte er zu entgegengesetzten Resultaten.

Diese Arbeiten von Dr. Javein konnten vielleicht Traube-Mengarini unbekannt bleiben, obgleich T. du Mesnil (Arch. f. kl. Med. vol. 52) z. B. unseren Landsmann citirt, aber die Arbeit von E. Coen (Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Haut nach der Einwirkung von Jodtinctur, Beitr. z. path. Anat. u. Physiol. vol. II 1887) musste Traube-Mengarini, meiner Meinung nach, bekannt gewesen sein. Nach den Untersuchungen Coen's ruft das Auftragen von Jodtinctur auf die Haut von Menschen und Thieren einen entzündlichen Zustand hervor, der sowohl in einer Vermehrung der Epidermiszellen, der Haarbälge und der Drüsen, als auch der Bindegewebszellen und der Gefässwandzellen der Cutis und der Subcutis besteht, daneben tritt eine zelligfibrinöse Exsudation aus den Gefässen der Cutis und der Subcutis auf.

Im Jahre 1892 theilte Winternitz (Ergänzh. z. Arch. f. Derm. u. Syph. 1892) seine Versuche über die Resorption der Haut mit. Laut Versicherung des Autors waren seine Experimente unter Beobachtung der strengsten Vorsichtsmassregeln in Betreff der Unverletztheit der Hautintegrität durchgeführt. Bei Thieren wurde Strychn. purum und nitricum, bei Menschen Atropin und Chlorlithium angewandt. Die Versuche an den Thieren zeigten eine hohe Resorptionsfähigkeit der Haut der Kaninchen für Chloroformlösungen und eine geringere für Aether- und Alkohollösungen des Strychnins. Nach vorhergegangener Anwendung von Chloroform, Aether und Alkohol wurde so viel von der wässerigen Strychninlösung (1½%) aufgenommen, dass in verhältnissmässig kurzer Zeit unter charakteristischen Erscheinungen der Tod eintrat.

Die Versuche am Menschen gaben bei weitem nicht so positive Resultate, so dass der Autor den Schluss zieht, dass nur die Kaninchenhaut eine beträchtliche Resorptionsfähigkeit besitzt und dass eine vorherige Bearbeitung der Haut mit Chloroform, Aether und Alkohol, die Resorption aus wässerigen Lösungen bedeutend erhöht. Winternitz meint jedoch, dass es gelingen würde, die Resorption auch der Menschen-

haut aus Chloroformlösungen nachzuweisen — sich fussend auf die erfolgreichen Experimente mit der Kaninchenhaut — wenn die Versuchszeit etwas verlängert werden dürfte, ohne Befürchtung die Haut zu beschädigen, oder wenn die physiologischen und chemischen Nachweismethoden der stattgehabten Resorption noch empfindlicher sein würden.

Die Versuche mit den wässerigen Lösungen der Strychninsalze gaben bei Kaninchen nur sehr dürftige Resorption, welche nur nach mehreren, 8 bis 10 auch mehr, Stunden nachgewiesen werden konnte. Die Versuche mit den wässerigen Lösungen am Menschen ergaben ein negatives Resultat, gleichfalls wie die Versuche mit öligen Lösungen (Veratrin und Aconitin).

Mit äusserster Gewissenhaftigkeit weist Winternitz auf die Verschiedenheit der Erscheinungen hin, die er bei Gebrauch von Chloroform, Aether und Alkohol beobachtete.

Chloroform rief im Verlaufe beinahe der ganzen Zeit der Anwendung (5—15 Minuten) das Gefühl eines intensiven Brennens hervor, die Haut röthete sich äusserst schnell und behielt die verschiedenen Grade der Röthe, längere oder kürzere Zeit hindurch bei, sogar einige Stunden lang; in einigen, länger währenden, Versuchen trat sogar zuletzt eine Exfoliatio lamellosa auf, höchst wahrscheinlich, wie der Autor annimmt, als Ausdruck einer oberflächlichen Nekrose. Bei den Kaninchen jedoch bildeten sich, nach längerer Anwendung und nach Austrocknung der betreffenden Fläche, ganz feine lineäre Risse.

Es scheint mir, dass bei so intensiver Einwirkung auf die Haut die Bedingung der Unverletzheit der Haut auch nach dem Versuche nur als pium desiderium angesehen werden muss, wenigstens was die mikroskopisch unsichtbaren Verletzungen anbelangt, welche jedoch vollkommen genügen, um eine Resorption zuzulassen, namentlich bei einer so zarten Haut wie die der Kaninchen. Zweckmässiger würde es meiner Meinung nach sein, gerade dadurch das allmälige Abnehmen der Resorptionsfähigkeit der Kaninchenhaut, entsprechend dem Uebergange von Chloroformlösungen zu den wässerigen Lösungen, zu erklären, ebenso wie die negativen Resultate bei den Versuchen an der Menschenhaut, als der mehr resistenten.

Auf dem internationalen dermatologischen Congress im Jahre 1892 machte Aubert seine Mittheilung über die Fette und ihre Resorption durch die Haut. Auf Grund seiner Untersuchungen unterscheidet er 2 Arten des Eindringens der Fette: auf dem Wege der langsamen Imbibition und auf dem Wege der Inunction, wobei die Eigenschaften der Fette verschieden sein mussen. Bei der Imbibition müssen die Fette dünnflüssig, bei der Inunction dagegen zähe sein. Die langsame Imbibition verlangt ein Minimum von 2—2½ Stunden, gewöhnlich jedoch 4—5 Stunden. Axung. porci, medulla bovis, Glycerin dringen in den Körper verhältnissmässig schneller ein, als Vaselin und Wachs, Lanolin aber am langsamsten. Verschiedene Oele gaben dieselben Resultate wie Schweinefett, in einem Versuche wurde Ol. Ricini schneller aufgesogen,

als Ol. amyg., gekochtes Ol. Lini gleichfalls schneller, als ungekochtes. Lanolin dringt bei Einreibungen schneller in die Haut ein, dank seiner Zähigkeit, welche ein Ausdehnen der Haut und Auftreten von kleinen Defecten hervorruft, durch die der einzureibende Stoff durchdringt. Das Lanolin verdankt, allem Anscheine nach, seine Zähigkeit dem Cholestearin, da beim Mischen von Cholestearin mit Ol. Ricini ein Fettkörper erhalten wurde, welcher dieselbe Consistenz wie Lanolin hat und ebenso leicht in die Haut eindringt. Durch Eindickung einiger Fette erhält man Körper von derselben Wirkung und Eigenschaft wie Lanolin, so z. B. durch das Mischen gleicher Theile Ol. Ricini und Honig, was noch besser wirken soll, als Lanolin.

Genügend eingedickte Syrupe oder Mischungen von Syrup und Honig wirken beim Einreiben viel schneller als Lanolin, reizen dagegen die Haut ein wenig mehr. Die Arbeit des Autors stellt, wie man sieht, was Apartes dar und unterlag bis jetzt keiner Nachprüfung von dem von ihm gewiesenen Gesichtspunkte aus.

Im Jahre 1893 erschienen mehrere einander widersprechende Arbeiten.

So gelangte Welander (Unters. über die Absorption und Elimination des Quecksilbers, Arch. f. Derm. u. Syph. 1893) auf Grund seiner Untersuchungen zur Folgerung, dass bei Einreibungen von Quecksilbersalben eine Absorption des Quecksilbers von der Haut „nicht unbedeutenden" Grades stattfinde. Beim einfachen Einreiben wäre die Absorption bedeutend geringer, als beim gleichzeitigen Einsalben.

Aus seinen Schlussworten ersieht man, dass, um bei den Einreibungen starke Wirkung zu erhalten, man sich nicht nur mit dem Quantum der Salbe begnügen muss, welches zur Einreibung bestimmt ist, sondern es sei eine so grosse Menge derselben nöthig, dass ein gewisser Theil derselben auf der Haut aufgeschmiert nachbleibt, welcher nicht abgewaschen werden darf, da gerade aus dem nachbleibenden Theil eine bedeutende Quecksilberabsorption stattfindet.

Früher schon gibt der Autor zu, dass beim Schmieren der Haut mit Quecksilbersalbe bei geeigneter Temperatur das Quecksilber verdampft und dass diese Quecksilberdämpfe in bedeutender Menge in den Organismus gelangen. Niemand wird natürlich bestreiten wollen, dass je mehr Quecksilbersalbe auf die Haut gebracht wird, und folglich eo ipso je mehr Quecksilberdämpfe in der umgebenden Luft vorhanden sind, desto mehr Hg auch durch die Lungen absorbirt wird.

Die Arbeit von Bourget (De l'absorption de l'acide salicylique etc., Revue med. de la Suisse romande, 1893), welcher beim Gebrauche einer Salbe aus Ac. salicyl. (10%) bei Rheumatismus, letztere nach einer bestimmten Zeit im Harne nachweisen konnte, ist von Interesse als Ergänzung zu denjenigen Arbeiten, welche auf die zerstörende Wirkung der Salicylsäure auf die Haut hinweisen und folglich auch die Möglichkeit der Absorption bei dieser Bedingung zulassen.

Nicht uninteressant sind auch einige nebensächliche Bemerkungen des Autors; so findet er, dass die Absorption besser stattfindet bei Indi-

viduen bis zum 40. Lebensjahre, als bei älteren, bei Frauen, deren Haut dünner, ist die Absorption eine stärkere, als bei Männern, ebenso bei Blonden eine stärkere als bei dunkelhaarigen Individuen; gut genährte Subjecte mit einem genügend entwickelten Pannicul. adipos. absorbiren mehr als abgemagerte mit einer trockenen und schelfernden Haut.

Die Arbeit von Fubini und Pierini (Sopra l'assorbimento della pelle, Ann. di Chim. e Farmac.) enthält Resultate ihrer Versuche über die Resorption der Haut an Thieren und Menschen. Es wurden vorzugsweise nicht flüchtige Stoffe angewandt und zwar derart, dass eine Resorption auf anderem Wege, namentlich durch die Luftwege, nicht befürchtet werden konnte.

Auf Grund ihrer Versuche gelangen die Autoren zum Schluss, dass eine Resorption aus Lösungen durch die unverletzte Haut nicht stattfindet. Ein Unicum in der Zahl der Arbeiten der neuesten Zeit ist die Arbeit von Vanni und Guicciardi (Dell' influenza della saliva etc., Arch. di Farmac. et Terap.); die Versuche von Brera (1797) wiederholend, welcher nachwies, dass der Magensaft und der Speichel die Resorption verschiedener Medicamente durch die Haut befördern, erhielten die Autoren das Ergebniss, dass bei Anwendung des Speichels als Vehiculum für verschiedene Medicamente die Resorption einiger Medicamente auf chemischem Wege nachgewiesen werden könne.

In den Fällen, wo eine Resorption bei Anwendung anderer Vehicula, wie Fett, Vaselin etc. stattfindet, sei dieselbe eine viel stärkere, wenn Speichel als Vehiculum angewandt wurde.

Zu den Vertheidigern der Resorption von der Haut gehört auch Sobieransky (Ueber die Resorption des Vaselins von der Haut etc., Arch. f. exper. Path. und Pharmak. Vol. XXXI), welcher unvermischtes reines Vaselin benutzte und zwar nur eine Sorte von Lancelat in Paris. Zu den Versuchen dienten Hunde und Kaninchen, deren Rücken- oder Bauchhaut in einer Ausdehnung von 110—160 qu. cm. geschoren und dann längere Zeit hindurch, täglich einmal, meist 5 Minuten lang, unter leichtestem Fingerdruck mit Vaselin eingerieben wurde. Nach Beendigung der Einreibungen wurden die Organe der Thiere auf Vaselin verarbeitet. Er meint mit seinen Experimenten einen Beweis zu liefern, dass bei Hunden und Kaninchen mit der Haut in innige Berührung gebrachtes Vaselin in den Körper gelangt. Seiner Meinung nach sind es wahrscheinlich die mit lebendem Epithel versehenen Talgdrüsen, welche die Aufnahme bewirken, nachdem das Vaselin durch Druck und Massage in sie hineingelangt ist. In Uebereinstimmung hiermit konnte er auf die Haut geriebenes Vaselin, das durch fein beigemengtes Berlinerblau gefärbt war, unter dem Mikroskop deutlich in den Haarfollikeln erkennen. Wegen sehr rasch auftretender Zerstörung des Farbstoffs gelang es ihm aber nicht das Vaselin noch weiter in der Haut zu verfolgen. Demnach scheinen ihm die Gründe, welche man gegen die directe Aufnahme von anderen Salben oder Salbenbestandtheilen, insbesondere auch des metallischen Hg's geltend gemacht hat, hinfällig.

Ich kann nur annehmen, dass lediglich das Vaselin von Lancelat in Paris solche Eigenschaften hat, denn so einfach stand die Sache bei keinem der früheren Autoren. Es bleibt nur zu bedauern, dass kein Wort darüber gesagt ist, auf welche Art und Weise dem Vaselin Berlinerblau beigemengt wurde, da ich selbst im Besitze von mikroskopischen Präparaten bin, die vor 1½ Jahren bereitet worden sind und bis jetzt keine Spur von Zerstörung des Farbstoffs zeigen, sondern Berlinerblau mehr als deutlich erkennen lassen.

Die umfangreichste Arbeit des Jahres 1893 ist die von T. du Mesnil (Ueber d. Resorptionsvermögen d. normalen menschlichen Haut, D. Arch. f. Kl. Med.), welcher ausführlich das in der Literatur vorhandene Material sichtete und verhältnissmässig viele eigene Untersuchungen über die Resorption der Haut bei Anwendung verschiedener Stoffe machte.

Auf Grund seiner Untersuchungen, die ein negatives Resultat ergaben, gelangt der Autor zur Ueberzeugung, dass die unverletzte Haut undurchdringlich für Jod, Terpentin und Chloroform ist und dass die Resorption dieser Stoffe nur in dem Falle stattfindet, wenn die oberflächlichen Schichten der Haut verletzt worden sind.

Seine Versuche mit verschiedenen Salben ergaben, dass beim einfachen Auftragen der Salben auf die Haut, wenn dieselben die Hautintegrität nicht verletzten, keine Resorption der Medicamente stattfindet. Beim Einreiben nicht reizender Salben nach gewöhnlicher Verfahrungsart ist eine Resorption bei unverletzter Haut nicht zu constatiren, reizende Salben dagegen, d. h. solche, welche die Epidermis verletzten, werden sehr schnell resorbirt, was der Autor bei seinen Controlversuchen mit einer 10% ung. ac. salicyl. cum vaselino nachwies, wobei in allen 3 Versuchen die Salicylsäure jedesmal nach 24 Stunden im Harne aufzufinden war.

Die Endresultate des Autors lauten: die unverletzte Menschenhaut ist für Flüssigkeiten, Dämpfe, Gaze und in Salbenform angewandten Stoffe undurchdringlich. In praxi findet die Resorption der Medicamente statt: 1) wenn dieselben durch ihre chemischen Eigenschaften eine Störung der Hautintegrität hervorrufen, 2) wenn durch energisches Einreiben der Salben mechanisch die Haut verletzt wird.

Im Anfange des Jahres 1894 veröffentlichte ich eine experimentell-mikroskopische Untersuchung aus dem pathologisch-anatomischen Laboratorium der kaiserlichen Militär-medicinischen Akademie (Zur Frage über die Permeabilität der lebendigen Haut der Säugethiere [russisch]). In dieser Arbeit spielte das Mikroskop die Hauptrolle, als Versuchsobjecte dienten Kaninchen und Hunde und die aufzusuchenden Substanzen waren Cinnabaris factitia und Berlinerblau. Erstere wurde in Form einer Spiritussuspension und einer Suspension in physiologi-

scher Kochsalzlösung angewandt, letztere in Form einer Spiritussuspension, einer Suspension in physiologischer Kochsalzlösung, in wässeriger Lösung und auch in einer Mischung der beiden letzteren. Für Parallelversuche gebrauchte ich Berlinerblau in statu nascendi, indem ich Lösungen von Kali borussicum flavum und ferrum acet. oxyd. anwandte. Die Versuche wurden folgendermassen angestellt: dem Thiere wurde die zum Experiment bestimmte Hautpartie vorsichtig rasirt, dieselbe mit der Lupe genau auf etwaige Verletzungen untersucht, mit Seife und Wasser gewaschen, und zur Entfernung der letzten Schmutz- und Fettspuren wurde Spiritus und Aether auf hygroskopischer Watte angewandt. Darauf erst wurde die betreffende Hautstelle dem Experimente unterworfen.

Für die ersten Reihen der Versuche wurde nach der Idee des Prof. K. Winogradow ein besonderer Apparat eingerichtet, bestehend aus einer Glasglocke mit glatten, gut abgeschliffenen Rändern, an welcher oben eine Glasröhre mit einem Hahn angebracht war. Es wurden 3 solcher Apparate hergestellt; der erste von 20 Ccm. Rauminhalt bei 3 Cm. Durchmesser der Basis, der zweite von 10 Ccm. Rauminhalt und demselben Durchmesser der Basis und der 3. von 5 Ccm. und $1\frac{1}{2}$ Cm. Basisdurchmesser.

Als leitende Idee bei Anwendung dieses Apparats diente die Erwägung, dass, als Saugpumpe eingerichtet, derselbe einen verstärkten Blutandrang zur betreffenden Hautpartie hervorrufen muss; bei dem nachfolgenden Abfluss müssen nun günstigere Bedingungen für die Resorption entstehen, wobei ausserdem diejenige Luftmenge, welche sich in den Vertiefungen der Haut befindet und nach der Meinung einiger Autoren die Resorption behindert, verringert wird.

Der eine oder der andere von den geschilderten Apparaten wurde auf eine vorbereitete Hautpartie gestellt, die Luft in demselben verdünnt, der Hahn geschlossen, worauf in die Röhre durch einen Trichter die zur Untersuchung bestimmte Suspension gegossen wurde, welche bei vorsichtiger Wendung des Hahnes allmälig, tropfenweise, in die Glasglocke hineingelassen wurde, und folglich auf die Hautpartie sich vertheilte, welche sich unter der Glasglocke befand, darauf wurde der Hahn

wieder geschlossen. Der Versuch dauerte 15—45 Minuten lang, wobei einige Modificationen vorkamen.

Die IV. Serie der Versuche bestand darin, dass in die vorher vorbereitete Hautstelle v o r s i c h t i g und nach Möglichkeit sanft mit einem immer von neuem befeuchteten Stück hygroskopischer Watte irgend ein Farbstoff in irgend einer Suspension eingerieben wurde. Ich betone „nach Möglichkeit sanft", da bei dem andauernden Einreiben (15—30 Minuten) volens-nolens die Hilfe eines Bedienten des Laboratoriums in Anspruch genommen werden musste; obgleich dieser in meiner Gegenwart das Einreiben fortsetzte, so war ich natürlich dennoch nicht im Stande, die Sanftheit seiner Handgriffe zu controliren.

Ich halte es für nothwendig vorauszuschicken, dass die kurze Dauer der Einreibungszeit im Vergleich zu den früheren Autoren von mir absichtlich gewählt wurde und zwar deshalb, um erstens der Dauer, die gewöhnlich in der Praxis angewandt wird, näher zu kommen, und zweitens auch aus dem Grunde, weil ich daran nicht zweifeln konnte, dass beim Einreiben eines beliebigen Stoffes im Verlaufe von 2—3 und mehr Stunden unbedingt eine Resorption stattfinden kann, wobei aber nicht nur das Stratum corneum, sondern vielleicht auch die tiefer liegenden Schichten der Haut abgeschunden sein müssen!

In der letzten Reihe der Versuche wurde zuerst der beschriebene Apparat angewandt und darauf irgend eine Suspension wie in der IV. Serie eingerieben.

Auf Grund von 94 Versuchen und mehr denn 1000 daraus erhaltenen mikroskopischen Präparaten,[1]) die, trotz der modificirten Versuchsanordnung, im wesentlichen identisch sind, erlaube ich mir folgende Schlüsse, die unmittelbar aus meiner Arbeit resultiren, zu ziehen.

1. Die unverletzte Haut der Säugethiere, trotz der dazu günstigsten Bedingungen, ist undurchlässig für wässerige, als

---

[1]) Die Präparate wurden meinem hochverehrten Lehrer Prof. K. W i n o g r a d o w vorgezeigt und bei der vorläufigen Mittheilung in der russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft zu St. Petersburg demonstrirt.

auch alkoholische Lösungen bei unmittelbarem, mehr oder weniger, aber nicht übermässig, langdauerndem Contacte.

2. Die unverletzte Haut der Säugethiere ist undurchlässig für Stoffe bei der gewöhnlichen Art der Einreibungen, wenn auch vorher die günstigsten Bedingungen dazu geschaffen worden sind.

3. Suspendirte Stoffe können in die Haarbälge verschieden tief eindringen.

Da mir aber Vorwürfe gemacht wurden, dass ich solche Suspensionen gebrauchte, die früher nicht angewandt wurden und dass ich keine Salben gebrauchte, so bemühte ich mich im Laufe der Zeit diesen Anforderungen zu entsprechen, — obgleich ich sie nicht für gerecht hielt, — um auch von der formellen Seite recht zu haben.

Dank der Liebenswürdigkeit des hochverehrten Prof. K. Winogradow, welchem ich hiermit meinen innigsten Dank ausspreche, gelang mir dieses, da er mir zur Untersuchung Hautstücke eines plötzlich verstorbenen Syphilitikers überliess, welchem noch einen Tag vor seinem Tode, bei Abwesenheit jeglicher Hauterscheinungen, Einreibungen von ung. hydrarg. ciner. off. gemacht wurden.

Auf diese Weise erhielt ich die Möglichkeit, meine Untersuchungen fortzusetzen; der Vollständigkeit halber und um die Resultate, die bei der mikroskopischen Untersuchung dieses seltenen Materials erhalten wurden, vergleichend schätzen zu können, machte ich noch Versuche an der lebenden Menschenhaut, in welche dieselbe ung. ciner. off. eingerieben wurde, wobei aber die Bedingungen modificirt wurden. Ausserdem untersuchte ich Kaninchen- und Hundehaut, nachdem in dieselbe eine Salbe aus Cinnabaris factit. und Berlinerblau eingerieben worden war. Die eine und die andere Salbe war dem Gehalte an metallischem Quecksilber in der off. Quecksilbersalbe proportional bereitet, d. h. wie 1 : 3 oder 33·3%.

Meiner vorliegenden Arbeit nähern sich am meisten die schon citirten Arbeiten von Rindfleisch und Neumann, weshalb ich dieselben wiederum etwas genauer berühren muss.

Prof. Rindfleisch gibt leider die von ihm angewandte Technik nicht an, sowohl bei der Untersuchung der Haut des

Kaninchenohres, in welche ung. hydr. ciner., als auch der Leichenhaut, in welche dieselbe Salbe eingerieben wurde.

In betreff der Kaninchenhaut führt er an, dass nicht ein einziges Quecksilberkügelchen weder durch die Epidermis, noch in die Haarbälge, noch in die Talgdrüsen eindringt.

Die Quecksilberkügelchen lagern sich auf der Oberfläche des Stratum corneum und dringen nur so weit zwischen die Zellen desselben ein, als zwischen denselben offene Spalten durch die beginnende Abblätterung entstehen, d. h. etwa bis zur drittäussersten Zellenlage. Das Rete Malpighii bleibt vollkommen frei, geschweige denn das cutane und subcutane Bindegewebe.

Bei der Untersuchung der Leichenhautpräparate, selbst nach vorhergehendem sorgfältigsten Abwaschen mit Seifenwasser, wurden kleine Aggregate von Quecksilberkügelchen in denjenigen Furchen bemerkt, welche die zu Gruppen vereinigten und als solche protuberirenden Hautpapillen von einander trennen. An Flächenschnitten konnte daher, wie Rindfleisch sagt, ein weniger Geübter zu dem Glauben verführt werden, diese Kügelchen steckten in der Haut, weil sie thatsächlich ziemlich tief unter dem äusseren Niveau der Oberhaut liegen. Die Untersuchungsmethode Blomberg's tadelnd, führt Rindfleisch an, dass nach seiner Methode Präparate mit Luftbläschen erhalten werden, die um so leichter für Quecksilberkügelchen angesehen werden können. je kleiner dieselben sind, und dass solche Präparate nichts taugen.

Vollkommen mich der letzten Meinung anschliessend, erlaube ich mir jedoch zu bemerken, dass man bei der gegenwärtigen Technik der Bearbeitung der Präparate nur absichtlich, und auch das nur schwer, solch' ein Präparat erhalten kann. Ausserdem ist der Unterschied zwischen einem Quecksilberkügelchen und einem Luftbläschen, meiner Ueberzeugung nach, unter dem Mikroskop ein so klarer, dass, um dieselben von einander zu unterscheiden, weder apochromatische Linsen, noch Immersionssysteme nöthig sind.

In der Arbeit von Neumann ist die Technik, wenn auch kurz, angegeben und auch eine Abbildung vorhanden. Er rieb mittelst eines Stückes Leder ung. hydrarg. ciner. in die Haut

von Menschen und Thieren ein, wusch dieselbe darauf sorgfältig ab und fertigte aus den Hautstücken mikroskopische Präparate an, nachdem sie in Alkohol gehärtet wurden. Hier zeigte sich, nach seinen Worten, sofort eine wichtige Fehlerquelle, die darin bestand, dass, während die Schnitte gemacht wurden, die Quecksilberkügelchen, die, trotz des Waschens, sich noch auf der Epidermis vorfanden, in die Cutis und sogar noch tiefer gelangten und so den Anlass gaben anzunehmen, dass das Quecksilber so weit eingedrungen wäre. Daher sah er sich veranlasst, die Epidermis sofort nach dem Einreiben zu entfernen, indem er die Präparate in kochendes Wasser versenkte oder längere Zeit hindurch dieselben der Einwirkung von verdünnter Essigsäure überliess. Mittelst seiner Präparate gelangte er zur Ueberzeugung und stellte es auf der Abbildung dar, dass die Quecksilberkügelchen längst der Haare in die Haarbälge eindringen.

Querschnitte wiesen klar nach, dass die Quecksilberkügelchen concentrisch um das Haar liegen. In den Follikeln, aus welchen die Haare herausgefallen waren, lagen die Kügelchen in grosser Menge an- und übereinander. Dieselben fand er auch in den Talgdrüsen vor, dagegen nicht in den Schweissdrüsen, trotz einer Einreibung im Verlaufe von 8 Stunden. Nur in den trichterförmig erweiterten Ausmündungsstellen fanden sich die Kügelchen in grosser Menge. Neben den Wandungen zwischen den Epidermiszellen fanden sich Kügelchen da, wo jene durch das Reiben mechanisch gelockert waren. Ueber seine Versuche an der Haut des lebenden Menschen theilt Neumann nur kurz mit, dass ein an Tumor albus behandelter Kranker 5 Tage vor seinem Tode viermal mit grauer Salbe an der Fusssohle eingerieben wurde. Neumann fand ausser einzelnen Kügelchen zwischen den oberflächlichen sich ablösenden Epidermisschuppen nirgends Quecksilber. Ein gleich negatives Resultat ergab die wegen Carcinom amputirte und zuvor an der Fusssohle eingeriebene Extremität eines Kranken. Auch ein anderer Versuch fiel negativ aus. Nachdem die Epidermis durch Essigsäure entfernt war, zeigte sich keine Spur von Hg. Diese negativen Resultate veranlassten ihn diese Versuche zu wiederholen, und nachdem er selbst

die Einreibung überwacht hat, war das Vorhandensein der Hg-Kügelchen im Haarfollikel sofort zu constatiren.

Nun will ich zur Darlegung meiner eigenen Untersuchungen übergehen.

Da ich, wie schon bemerkt, einen grossen Werth der Technik beilege, so werde ich mir erlauben, das von mir angewandte Verfahren näher zu beschreiben.

Die Hautstücke wurden nach Möglichkeit klein herausgeschnitten, um eine vollständige Einwirkung der Härtungsmittel auf dieselben, ihrer ganzen Dicke nach, zu erhalten und um eine vollkommene Durchtränkung bei der weiteren Bearbeitung mit Celloidin sicher zu stellen.

Von dem Unterhautzellgewebe suchte ich möglichst wenig zu nehmen, späterhin sah ich von ihm ganz ab, da dieses Gewebe das Erhalten guter Schnitte nur erschwerte und für die Untersuchungen selbst gar kein Interesse darbot. Die herausgeschnittenen Hautstücke wurden vor dem Härtungsprocess sorgfältig mit Stecknadeln auf Korkstücke befestigt; so wurde einem zu starken Zusammenschrumpfen derselben vorgebeugt, die Möglichkeit einer gründlichen Durchtränkung geboten und die Schnitte gelangen auf diese Weise am besten.

Zum Härten der Präparate wurde, nach Vorschrift von Kahlden, Alkohol verschiedener Concentration angewandt; darauf wurden dieselben successiv in eine dünnflüssige und eine dickflüssige Celloidinlösung versenkt. Bei der Einbettung der Präparate in Canadabalsam, welchen ich in Chloroform gelöst gebrauchte, wurde zur Entfernung des Celloidins und zur Aufhellung der Präparate Nelkenöl, welches auf die Schnitte je nach Bedarf kürzere oder längere Zeit einwirkte, angewandt und mit Xylol abgespült.

Ein Theil der Präparate wurde in verdünntes Glycerin eingebettet, also zusammen mit Celloidin, und wurde vor Luft und vor dem Verdunsten des Glycerins durch verschiedene Kittsubstanzen geschützt.

Die Schnitte führte ich mit dem Schanz'schen Mikrotom aus und wenn ich mich auch bemühte, dieselben recht dünn zu erhalten, so verfolgte ich doch dieses Ziel nicht besonders eifrig, da ich es nicht für wesentlich wichtig hielt, wenn nur

bestimmte Grenzen nicht überschritten werden, um so mehr, als Kahlden direct anführt, dass man durch längere Einwirkung der aufhellenden Mitteln selbst dickere Schnitte so durchsichtig machen kann, dass sie bei stärkerer Vergrösserung gut untersucht werden können. Alle erhaltenen Präparate wurden bei nach und nach stärkerer Vergrösserung, bis zur Immersion inclusive, untersucht.

Nachdem ich das oben angeführte, um Missverständnissen und Wiederholungen vorzubeugen, auseinandergelegt habe, gehe ich zur Beschreibung des — sit venia verbo — allgemeinen Typus der Präparate über.

Bei der Untersuchung der Präparate, die aus der Haut des obenerwähnten, plötzlich verstorbenen Syphilitikers stammten, konnte ich in keinem derselben irgendwo Quecksilberkügelchen finden, ausser in den Furchen, welche die zu Gruppen vereinigten und als solche hervorragenden Hautpapillen von einander trennen, der Haarbälge und hie und da zwischen den oberflächlichsten abschelfernden Schuppen der Epidermis.

Das Mikrophotogramm Nr. 1 zeigt die Lagerung der Hg-Kügelchen längs der Haare und wie tief dieselben eingedrungen waren.

Auf Querschnitten erscheinen sie natürlich concentrisch um das Haar gelagert, daher hielt ich es für nicht nothwendig, davon mikrophotographische Abbildungen darzustellen. In dem oberen Theil der Präparate befinden sich Aggregate vollkommen frei liegender Quecksilberkügelchen. In einigen Furchen der Haut liegen Hg-Kügelchen haufenweise und nicht angeordnet zwischen einer unbestimmbaren Masse, welche, meiner Meinung nach, aus beim Einreiben abgeblätterten, ganz oberflächlichen Epidermisschuppen, die zusammen mit der Salbe in die Vertiefungen der Haut gelangten, und aus dem auf der Haut befindlichen Schmutz besteht. Ausserdem fanden sich Hg-Kügelchen in den Haarbälgen, aber bei weitem nicht in allen, sogar häufig in den nicht, aus welchen die Haare herausgefallen waren.

Um die erhaltenen Resultate zu controliren, wurde Ung. hydrarg. ciner. off. nach üblicher Art und Weise im Verlaufe von 15 Minuten in eine kleine Fläche des oberen Drittels

der Wade und in eine ebenso grosse Fläche des unteren Drittels des Oberschenkels eines an der Haut vollkommen gesunden Individuums eingerieben, nur mit dem Unterschiede, dass vor dem Einreiben die Haut vorsichtig mit warmem Wasser und Seife gewaschen wurde, um etwaigen Schmutz und die abgeblätterten Epidermisschuppen zu entfernen; mit derselben Vorsicht wurden die betreffenden Hautpartien vor dem Herausschneiden noch einmal gewaschen. In dem ersten Falle wurde gleich nach dem Einreiben das betreffende Hautstück herausgeschnitten, abgesehen von der Zeit, die zur Vorbereitung dieser Operation nöthig war; in dem zweiten Falle aber erst nach 24 Stunden, analog der früher untersuchten Haut des obenerwähnten Syphilitikers.

Ich erhielt im Allgemeinen dasselbe Resultat wie oben, nur mit dem bedeutsamen Unterschiede, dass in recht vielen Präparaten, sogar in den Vertiefungen der Haut, gar keine Hg-Kügelchen nachzuweisen waren. Dort aber, wo sie vorhanden waren, war ihre Anzahl bedeutend kleiner, wobei in einigen Furchen der Haut dieselbe zu Aggregaten gelagert waren und deutlich von den Wänden der Vertiefungen abstanden.

Auf diesen Umstand erlaube ich mir besonders aufmerksam zu machen und zwar aus folgendem Grunde.

Bei der Bereitung der Präparate dieser Serie nämlich, wandte ich absichtlich eine besonders weitläufige Technik an, welche darin bestand, dass die Schnitte direct auf dem Objectträger mit Nelkenöl aufgehellt und darauf mit Xylol abgespült wurden, bevor sie in Canadabalsam eingebettet wurden. Ausserdem wurden die Schnitte so gelegt, dass die Concavität der Vertiefungen der Haut nach unten gerichtet war und bei geneigter Lage des Objectträgers wurde nun aus einer Pipette auf den betreffenden Schnitt tropfenweise Nelkenöl aufgetragen, welches abfloss, und dieselbe Procedur wurde mit dem Xylol wiederholt.

Ich meine, dass, dank dieser Methode, so zu sagen ein Auswaschen der Quecksilberkügelchen aus den Präparaten stattgefunden hat, welches noch dadurch befördert wurde, dass der Hautschmutz und die abgeblätterten Epidermisschuppen

entfernt worden waren, mit welchen zusammen die Hg-Kügelchen die Hautvertiefungen anfüllen mussten, einen recht fest eingepferchten Propfen darstellend! Von dem Hauttalg und dem Fette der Salben zu reden, halte ich für unnütz, obgleich es einige Autoren zu thun für nöthig halten, da ja, selbstverständlich weder von dem einen, noch von dem anderen, schon vor dem Versenken der Präparate in die dünnflüssige Aether-Alkohollösung des Celloidins keine Spur nachbleiben konnte!

Die beigefügten Mikrophotogramme Nr. 2 und Nr. 3 bestätigen, wie mir scheint, recht anschaulich meine Worte, besonders Nr. 3, wo ausserhalb des Präparates in dem Gesichtsfeld nur einige Hg-Kügelchen bemerkbar sind, welche zufällig auf dem Objectträger nachgeblieben sind, während die übrigen von dem Strom der Flüssigkeit nach unten gerissen wurden.

Meiner Meinung nach, drängt sich dabei die Folgerung auf, dass das metallische Hg bei der gewöhnlichen Einreibung von Ung. hydr. ciner. off. in die unverletzte menschliche Haut nur in die vorhandenen Vertiefungen und in die Haarbälge eindringen kann, mehr oder weniger reichlich und tief, je nach der Gründlichkeit beim Einreiben, ebenso wie beim Einreiben beliebiger Stoffe in die Haut unter denselben Bedingungen.

Die letzte Reihe meiner Untersuchungen bildet, wie schon angeführt, die Haut von Kaninchen und Hunden, in welche eine Salbe aus Cinnabaris factit. und Berlinerblau eingerieben wurde. Die beiden Salben wurden unter meiner Aufsicht bereitet und, was die Consistenz anlangt, liessen sie bei der mikroskopischen Untersuchung nichts zu wünschen übrig; die Kügelchen waren ganz fein vertheilt.

Die Haut wurde beim Kaninchen nicht den Ohren, wie meine Vorgänger es thaten, sondern dem Bauche und der inneren Fläche der Schenkel entnommen, dasselbe geschah auch bei dem Versuche mit der Haut des Hundes. Ich wählte diese Körpertheile erstens, weil ich nicht zu befürchten brauchte, dass die Salbe von den Thieren abgeleckt werden könnte, was die Ursache war, dass meine Vorgänger die Haut der Ohren wählten, welche ausserdem leichter abzupräpariren war, und zweitens, weil, meiner Meinung nach, die Haut dieser Regionen mehr der menschlichen Haut entspricht, als die Haut der

Kaninchenohren und der Fusssohlen der Meerschweinchen, welche von einigen Autoren gebraucht wurde, und daher auch mehr berechtigt mehr oder weniger analoge Folgerungen zu machen.

Der Hauptunterschied besteht, nach der darüber vorhandenen, sehr dürftigen Literatur bloss in einer grösseren Zartheit und Feinheit des Stratum corneum, besonders beim Kaninchen. Man müsste daher annehmen, dass alle Bedingungen für das Eindringen durch die Haut gegeben sind, nichtsdestoweniger finden wir in diesen Präparaten dasselbe Bild, wie in den vorigen, nur mit dem Unterschiede, dass die Kügelchen von Cinnabaris factit., ebenso wie die des Berlinerblau, in den Vertiefungen der Haut in grösseren und viel unordentlicheren Haufen liegen und dank ihrer charakteristischen Farbe, weswegen sie theilweise auch bei den Versuchen angewandt wurden, vor jeglicher Verwechselung, auch vor einer solchen mit dem Pigment geschützt sind. Leider verdirbt letzteres auf einigen Mikrophotogrammen die Klarheit des Bildes. Zwischen den oberflächlichen Epidermisschuppen blieben hier die Kügelchen viel fester stecken, als die Hg-Kügelchen in der Menschenhaut, ebenso war die äussere Schicht des Stratum corneum in Folge der Einreibung mehr aufgelockert, besonders beim Kaninchen, was unbedingt seiner grösseren Zartheit zuzuschreiben ist.

Die Schlussfolgerung ist also analog der vorhergehenden: beim Einreiben von beliebigen Stoffen, fein vertheilten in Salbenform, können dieselben nur in die vorhandenen Hautvertiefungen und in die Haarbälge der Säugethiere eindringen, wie der Kaninchen und Hunde, welche am häufigsten zu solchen Versuchen gebraucht wurden.

Mikrophotogramm Nr. 4 zeigt die Aggretate der Kügelchen von Berlinerblau in der Hautvertiefung des Kaninchens.

Die Endresultate meiner Untersuchungen zusammenfassend, muss ich zu allererst darauf hinweisen, dass ich mich unter günstigeren Bedingungen befand, als meine Vorgänger, erstens dank dem, dass ich ihre Weisungen verwerthen konnte, zweitens dank der jetzigen Technik, welche in der gegenwärtigen Zeit das ganz einfach zu erlangen ermöglicht, was die früheren

Autoren nur durch verschiedene Listen zu erhalten suchten, so z. B. noch Neumann, welcher die Reinheit der Versuche dadurch störte. Endlich, drittens. ist mein Material in den ersten zwei Serien der Versuche zur Lösung der Frage über die Permeabilität der lebenden menschlichen Haut für das metallische Quecksilber aus Salben, unter den gewöhnlichen Bedingungen der Einreibung, von grösserer Brauchbarkeit und das ist für uns, denke ich, einzig und allein wichtig. In der Praxis wird wohl doch niemand seinen Patienten nicht nur 8 Stunden, sondern auch nicht einmal 80 Minuten lang einreiben lassen, wie es einige neuere Autoren in ihren Versuchen machten!

Da ich mir zur Aufgabe gestellt hatte, weiteres Material zur Frage über die Permeabilität der lebenden und unverletzten Haut der Säugethiere für Salben zu liefern, so werde ich mir nicht erlauben, auf irgend welche weitere Verallgemeinerungen oder Erörterungen einzugehen.

Vielleicht wird mit der Zeit das sich entwickelnde Verfahren mit farbenempfindlichen photographischen Platten zusammen mit der immer weiter fortschreitenden mikroskopischen Technik in dieser Frage zu mehr anschaulichen Resultaten verhelfen. Gegenwärtig halte ich aber auf Grund meiner Untersuchungen nur 2 folgende Schlüsse zu ziehen für möglich:

1. Die lebende unverletzte Haut der Säugethiere ist für Salben bei gewöhnlicher Einreibungsmethode undurchdringlich.

2. Bei der gewöhnlichen Einreibungsmethode kann die Salbe in die Haarbälge verschieden tief eindringen.

Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. X und XI ist dem Texte zu entnehmen.

Syphilis maligna.

Von

Prof. Dr. **Alex. Haslund** in Kopenhagen.

Unter dem Namen Syphilis maligna werden in der Literatur mehrere recht verschiedene Formen von Syphilis zusammengefasst, welche meiner Meinung nach nicht unter demselben Namen gehen können noch dürfen; Fälle, welche weder mit Rücksicht auf die klinische Apparition noch mit Rücksicht auf den Verlauf und noch viel weniger mit Rücksicht auf die Prognose einander gleichen, werden zusammengeworfen und behandelt, als ob sie denselben Charakter und dieselbe Bedeutung hätten. Meiner Meinung nach darf man unter Syphilis maligna nur eine Syphilis verstehen, welche sich kurz nach der Infection mit ulcerativen Processen auf der ganzen Oberfläche der Haut oder einem grossen Theil derselben zeigt, und wo die Ulcerationen keine Tendenz zur spontanen Heilung, sondern zur weiteren Ausbreitung, zuweilen von fagedänischem Charakter zeigen. Diese Ulcerationen entstehen immer durch secundäre syphilitische Productionen in der Haut, den Papeln und den Pusteln. Oft ist die Haut das einzige Organ, welches angegriffen wird, zuweilen finden sich jedoch gleichzeitige Erkrankungen der Schleimhäute. Aber diese Affectionen sind von weit geringerer Bedeutung und weit weniger bösartig als die Processe auf der Haut. Selten beobachtet man andere Localisationen, wie Erkrankungen des Periost oder Iris, und nie zeigt sich eine klinisch nachweisbare Veränderung der inneren Organe, des Gefäss- oder Nervensystems, wenn auch — was von vielen behauptet wird — „nervöse" Symptome zusammen mit Hautausschlag, namentlich im frühen Stadium

der Krankheit auftreten. Diese „nervösen“ Symptome haben — meiner Meinung nach — ihre Ursache im Fieber oder dem schlechten Allgemeinbefinden, welches sich in vielen Fällen der Syphilis maligna von dem Prodromalstadium bis mehr oder weniger in das Floritionstadium erstreckt. Das Individuum leidet oft in hohem Grade unter der Krankheit; die Kräfte nehmen bedeutend ab, und das Körpergewicht vermindert sich merklich. In anderen Fällen scheint das Allgemeinbefinden des Individuums von der Krankheit nicht beeinflusst zu sein. Dies muss allerdings, obgleich es durchaus nicht selten der Fall ist, als Ausnahme bezeichnet werden.

Die Syphilis maligna ist also ein rein secundäre Form der Syphilis und hat nichts mit der tertiären Syphilis zu thun, ja so wenig, dass Fälle dieser Art — meiner Erfahrung nach — sogar sehr selten in Tertiarismus übergehen, wohl zu merken, wenn sie ordentlich behandelt werden.

Aber — wie gesagt — der Name ist gemissbraucht worden. Man hat diese Erkrankung nicht unterschieden von oder sogar identificirt mit der sogenannten galoppirenden Syphilis. Diese Form der Syphilis zeichnet sich — wie der Name sagt — durch einen sehr acuten Verlauf der ganzen Krankheit aus. Nach einem ungewöhnlich kurzen secundären Stadium, welches oft keinen bösartigen Charakter hat, aber sich gerne durch häufige Recidive, oft mit einem sehr kurzen oder gar keinem Zwischenraum auszeichnet, und wo die Localisationen bald auf der Haut, bald aut den Schleimhäuten vorherrschen, kommen die tertiären Symptome, entweder an den früher angegriffenen Stellen, oder es treten Affectionen des Gefäss- oder des Nervensystems oder anderer innerer Organe auf. Diese Fälle endigen nicht selten mit dem Tode.

Auch reine tertiäre Formen von Syphilis, bei denen die vorhergegangenen Stadien durchaus nicht den Charakter der Malignität gehabt haben, oder wo der Verlauf bisher wie bei einer gewöhnlichen Syphilis gewesen ist, aber wo der Tertiarismus mit bedeutender Gravität aufgetreten ist und nicht unbedeutende Destructionen bewirkt hat, hat man in der Literatur als Syphilis maligna bezeichnet. Allerdings kann man diese und die Fälle von galloppirender Syphilis bösartig nennen,

aber bei der eigentlichen Syphilis maligna κατ' ἐξοχήν handelt es sich immer um reine secundäre Formen, und es ist absolut falsch, wenn Verfasser wie Ory, Kopp, Lesser u. A. sogar jede Syphilis maligna als tertiäre auffassen. Dasselbe thut Iven, trotzdem dass seine Dissertation auf einem einzelnen Falle von Syphilis maligna, welcher nicht ein einziges tertiäres Symptom darbietet, basirt ist.

Wegen dieser Verwirrung der Begriffe würde es gewiss das Beste sein, die Bezeichnung Syphilis maligna aus der Nomenclatur vollständig zu streichen. Aber das ist wohl kaum durchführbar, weil der Name zu alt ist. Ueberdies ist der Name auch deshalb nicht richtig, weil die Malignität nicht der Vorstellung entspricht, welche man sonst in der Pathologie damit verbindet. Es wäre richtiger, die eigentliche Syphilis maligna Syphilis maligna praecox, oder noch besser Syphilis ulcerativa praecox zu nennen, denn das ist sie. Will man jedoch die Bezeichnung Syphilis maligna beibehalten, so muss man jedenfalls secundaria oder tertiaria hinzufügen, um zu zeigen, welche Art man meint.

Bazin war der erste, welcher auf diese Form von Syphilis aufmerksam machte und sie beschrieb, und von ihm stammt der Name. Er hat freilich nur an secundäre Fälle gedacht, während ältere Verfasser wie Rayer, Guibout und Melchior Robert wohl die Bezeichnung maligna gebrauchen, aber ebenso wie später Mauriac, Dubuc, Boudouin, Brousse, Krowczynski, N. Holm u. A. secundäre und tertiäre Formen mit demselben Namen bezeichnen.

Bei Lancereaux findet man auch Syphilis maligna erwähnt, aber das geschieht bei seiner Eintheilung aller Arten Syphilis in gewöhnliche, benigne und maligne. Hier ist Rücksicht genommen auf den Verlauf der Krankheit im Ganzen. Bei der eigentlichen Syphilis maligna ist es die Form des Ausbruches im secundären Stadium, welche der Krankheit den Stempel der Malignität aufdrückt.

Der Gegenstand der vorliegenden Abhandlung ist also die eigentliche Syphilis maligna, die Syphilis ulcerativa praecox oder Syphilis maligna secundaria. — Ich werde damit beginnen eine kurze Beschreibung des klinischen

Bildes und des Verlaufes dieser Syphilisform zu geben. Darauf werde ich nach einigen kritischen Bemerkungen zu verschiedenen Punkten in den Beschreibungen, welche andere Verfasser von der Krankheit geben, und nach Hervorhebung der abweichenden Meinungen, welche ich auf Grund meiner Beobachtungen und Erfahrungen über verschiedene Verhältnisse habe, dazu übergehen, die Aetiologie zu untersuchen, um ausfindig zu machen, ob es möglich ist zu constatiren, warum die Krankheit in den einzelnen Fällen diesen Charakter angenommen hat. Alsdann werde ich die Häufigkeit dieser Krankheitserscheinung untersuchen, und mich über die Prognose, welche meiner Meinung nach mit zu dunklen Farben von anderen Verfassern gemalt ist, aussprechen. Endlich werde ich die Therapie ausführlich erwähnen, sowohl diejenige, welche von anderen empfohlen wird, als auch diejenige, welche in den Fällen angewendet worden ist, welche die Grundlage für diese Abhandlung bildet.

Nach einem Schanker, dessen Aussehen und Sitz in der Regel nichts Besonderes darbietet, nur dass derselbe zuweilen wenig Geneigtheit zur Heilung zeigt, kommt nach einer gewöhnlich ziemlich kurzen Incubation, oft mit ernsten Prodromen mit Fieber, Kopfschmerz, Myodynie, Lendenschmerzen, ein sehr universelles Exanthem von zuweilen mit Flecken gemischten Papeln, aber die Papeln sind doch in überwiegender Zahl. Nach Verlauf von einigen Tagen — stets mit Fieber — gehen die Papeln in Pustelbildung über. Die Pusteln trocknen nach 6—8 Tagen ein, und die Papeln werden mit Schorf bedeckt. Aber anstatt dass diese Crustae, wie bei der gewöhnlichen papulo-pustulösen Syphilis, nach kürzerer oder längerer Zeit abfällt, und die abgeflachte, zikatrisirte, in der Mitte etwas deprimirte Papel zurücklässt, bleibt der Schorf sitzen, die Papel nimmt durch peripheres Wachsthum an Grösse zu und der centrale Verfall nimmt ebenfalls zu. Gleichzeitig entstehen neue Schorfbildungen, so dass die Kruste Aehnlichkeit mit einer Austernschale bekommt, und die sogenannte Rupiaform mit dem höchsten Punkt im Centrum und schichtweise nach der Peripherie hin an Höhe abnehmend erhält. Nicht so selten ist der purulente Verfall so schnell, dass die papulöse Infiltration in der Peripherie vollständig verschwindet. Wir finden dann nur eine erythematöse

Zone von grösserer oder geringerer Breite um den Schorf, welcher in diesem Falle nicht die Rupiaform annimmt. Entfernt man den Schorf oder wird derselbe durch die oft bedeutende Menge Eiter abgestossen, welcher sich unter demselben befindet, so haben wir eine Ulceration mit etwas rauhem Grunde und gefüllt mit dünnem Eiter und Geweberesten, mit scharfen, rothen, zuweilen unterminirten Rändern und rother entzündeter Umgebung. Die Form der Ulceration ist in der Regel rund, zuweilen oval, deren grösster Durchmesser der Spaltrichtung der Haut entspricht. Die Grösse derselben ist sehr verschieden, sie variirt zwischen der Grösse einer Erbse, eines Pfennigs und eines 2 Markstückes, zuweilen sind sie noch grösser. Sitzen die Efflorescenzen dicht neben einander, so können sie in einander übergehen, und wir erhalten dann unregelmässige Ulcerationsfiguren. Die Tiefe ist gleichfalls verschieden, doch gehen sie nie durch die ganze Dicke der Cutis bis in das subcutane Bindegewebe. Zuweilen ist Geneigtheit zur Blutung vorhanden, namentlich wenn der Process sehr schnell vor sich geht, oder wenn das Individuum stark mitgenommen ist. Der Schorf ist dann dunkel gefärbt, und wenn man denselben entfernt, sieht man den Grund der Wunde mit röthlichem Eiter bedeckt. Die Ulcerationen sind, besonders wenn der Schorf abgefallen oder entfernt worden ist, sehr schmerzhaft, so dass das Liegen oft im hohen Grade genirt.

Die Efflorescenz ist, wie gesagt, über die ganze Haut oder über einen grossen Theil derselben ausgebreitet. Der Haarboden und das Gesicht sind oft stark angegriffen. Dann kommen die Unterextremitäten und Nates, Oberextremitäten, Rücken und Vorderfläche des Truncus. — Sehr oft entwickeln sich die Papeln nicht gleichzeitig, sondern in einem Zwischenraum von mehreren Tagen. Man sieht dann die Efflorescenz auf der Haut zu gleicher Zeit in sehr verschiedenen Entwicklungsstufen.

Es ist keine Tendenz zur spontanen Heilung vorhanden, jedoch sieht man dann und wann bei Patienten, welche erst, nachdem sie lange ein Opfer der Krankheit gewesen sind und sich keiner Behandlung unterzogen hatten, einzelne Narben von verschiedenem Alter und mit verschiedener Farbenuance in der Pigmentirung zwischen den bestehenden Ulcerationen.

Beginnt die retrograde Metamorphose in der Efflorescenz unter der Behandlung, so sehen wir, dass die erythematöse Röthe im Umfange zuerst verschwindet, dass die purulente Secretion von dem Grunde der Wunde vermindert wird und ein besseres Aussehen erhält. Der Grund hebt sich durch frische und lebhafte Granulation, die Ränder werden flacher und die Epidermisbildung geschieht von der Peripherie nach dem Centrum. Zuweilen bekommen wir dann nierenförmige Wunden, indem die Epidermisbildung von einem einzelnen Punkte der Ränder rascher vor sich geht als in der übrigen Peripherie. Dies ist jedoch nur der Fall bei den sehr grossen Ulcerationen. Wenn die Wunden endlich ganz geheilt sind, so haben wir etwas deprimirte Narben, oft mit unebner, gestrahlter Oberfläche und mit dunkler, bräunlicher Pigmentirung, namentlich an den Rändern. Nicht selten werden die Narben elevirt, keloidartig von röthlicher oder etwas hellerer Farbe als die Umgebung. Die Pigmentation in den Narben verschwindet langsam und kann zuweilen persistent sein.

Gleichzeitig mit diesen Phänomenen auf der Haut, findet man mehr oder weniger starke Affectionen der Lymphdrüsen. Die Schleimhäute auf der Lippe, im Munde und Schlund werden selten angegriffen, zuweilen finden sich jedoch Papeln oder Ulcerationen an der Oberfläche.

Dann und wann stösst man auf begrenzte Periostiten, welche ja bekanntlich nicht selten im secundären Stadium der Syphilis sind. Vereinzelt trifft man auch Iritis, aber im übrigen beschränken sich die Symptome der Regel nach auf die Haut.

Das freilich in der Regel im Prodromalstadium vorhandene Fieber kann sich bis weit in den Verlauf der Krankheit erhalten, namentlich wenn ein Ausbruch von Papeln und Pusteln nach dem andern kommt. Oft können heftige Kopfschmerzen vorhanden sein, welche aber in der Regel bei richtiger Behandlung gehoben werden.

Das Allgemeinbefinden kann oft stark afficirt sein. Der Patient schläft unruhig, fühlt sich entkräftet und schwach und kann kaum seiner Arbeit nachgehen. Der Appetit verliert sich, und es tritt oft eine recht bedeutende Abmagerung mit einem blassen anämischen Aussehen ein.

Wie oben bemerkt, zeigen die Ulcerationsprocesse auf der Haut keine Tendenz zur spontanen Heilung. Erst, wenn der Patient unter passende Behandlung kommt, sehen wir, dass das Allgemeinbefinden besser wird und dass die Ulcerationen nicht selten ausserordentlich schnell heilen. Recidive treten ab und zu auf und dann meistens unter derselben Form wie der frühere Ausbruch, aber in der Regel in geringerer Ausdehnung als das letzte Mal und mit geringerer Schwächung des Allgemeinbefindens. Der freie Zwischenraum zwischen den einzelnen Ausbrüchen ist oft von sehr geringerer Dauer. Im Allgemeinen wird der Patient wohl vollständig geheilt, namentlich wenn er in der Zukunft in guten hygienischen Verhältnissen leben kann. Dass diese Fälle später in das tertiäre Stadium übergehen, ist, glaube ich, eine Seltenheit. Ich habe jedenfalls bei meinem recht grossen Material nur ein Exempel davon gesehen, und dies war bei einer sehr tuberculosen Frau kurz vor ihrem Tode.

Dieses in kurzen Zügen oben entworfene Bild der Symptome und des Verlaufes dieser Syphilis maligna entspricht dem, was ich in meiner 14jährigen Wirksamkeit als Oberarzt an der 4. Abtheilung des Communehospitals beobachtet habe. In mehreren Punkten stimmt es nicht mit dem überein, was man bei anderen Verfassern liest. Diese Verschiedenheit der Ansichten beruht nicht nur auf dem Unterschied in der Auffassung des Begriffes S y p h i l i s m a l i g n a. Es ist natürlich, dass das Bild bei den Verfassern, welche keinen Unterschied machen zwischen dieser und der galoppirenden Syphilis, ein ganz anderes wird. Aber auch bei anderen Verfassern finden sich Aeusserungen, welchen ich auf Grund meiner Erfahrung nicht beistimmen kann; und welche nicht selten nur falsch aufgefasste Phänomene oder Wiederholungen der Aufzeichnungen aus einer früheren Literatur, aber nicht selbst beobachtete Fakta zu sein scheinen.

Schon wo es sich um das Anfangssymptom, den primären Schanker handelt, trifft man höchst verschiedene Aeusserungen bei anderen Verfassern. Man hat das Aussehen und den Sitz des Schankers in Verhältniss zu dem späteren Charakter und Verlauf der Krankheit setzen wollen. B a s s e r a u's Ausspruch: à chancre malin, syphilis maligne, und D i d a y's „loi de concordance" sind doch schon längst ausser Curs. Die Annahme,

dass ein kleiner Schanker leichte Fälle, ein grosser Schanker schwere Fälle zur Folge habe, hat sich seit langem als falsch erwiesen. Ausser andern hat es Jullien an einer kleinen Statistik von 16 kleinen und 17 bedeutenden primären Ulcera bewiesen. Es zeigten sich gleich viele schwere und leichte Fälle von Syphilis in beiden Abtheilungen. Carmichael, Bassereau, Lancereaux und Bäumler geben an, dass die Syphilis maligna oft durch einen fagedänischen Schanker eingeleitet wird, und van Swieten spricht sich sehr nachtheilig über den extragenitalen Schanker aus. Derselbe soll leichter als der gewöhnliche, genitale Schanker die maligne Form von Syphilis ergeben. Ich habe oben bemerkt, dass ich niemals etwas merkwürdiges bei den Primäraffectionen beobachtet habe, ausgenommen einen dann und wann auftretenden Mangel an Tendenz zur Heilung. Irgend eine fagedänische Natur des Schankers habe ich nie beobachtet. Was den Sitz betrifft, so ist unter meinen Fällen drei Mal ein extragenitaler Schanker vorhanden gewesen, aber der maligne Charakter der Syphilis kann in allen diesen Fällen auf eine mehr natürliche Art als durch den ungewöhnlichen Sitz des Schankers erklärt werden. In dem einen Falle (Frau Nr. 2) handelte es sich um eine 51jährige Frau, welche Syphilis insons bekam und wahrscheinlich von ihrer Tochter, welche damals auf der 4. Abtheilung wegen Syphilis behandelt wurde, angesteckt war. Hier im Hospital wurde freilich keine Initialaffection constatirt, aber vermuthlich hatte sie einen Schanker im Pharynx gehabt, da die Krankheit 8 Wochen vorher mit Schlingbeschwerden, welche ununterbrochen geblieben waren, begonnen war, und die Efflorescenz hatte sich erst 8 Tage vor der Aufnahme gezeigt. An beiden Seiten des Schlundes waren ausgebreitete Ulcerationsprocesse, aber der Schanker konnte nicht nachgewiesen werden. Das Alter der Frau und die Thatsache, dass sie ein äusserst armes Individuum war, welches in der letzten Zeit sehr unter dem Druck der Armuth gelitten hatte, sind Momente, welche den Charakter, welchen die Krankheit annahm, genügend erklären. Eine andere Patientin (Frau Nr. 15) war ein 25jähriges, unverheiratetes Dienstmädchen, welches immer kloro-anämisches Leiden gehabt hatte. Sie hatte bei ihrer Aufnahme ein indurirtes Ulcus auf der Mitte der

Oberlippe. Auch in diesem Falle konnte ihr schlechter Ernährungszustand, ihre Chlorose sehr gut der Grund ihrer geringen Widerstandskraft gegen die Infection sein und die Syphilis maligna erklären. Endlich hatte ein dritter Patient (Mann Nr. 10) einen Fingerschanker, welcher über 2 Monate bestanden hatte; derselbe war bis zur Aufnahme verkannt und schlecht behandelt worden. Auf einem andern Hospital waren wiederholte Male Ausschabung und energische Aetzung der Wunde vorgenommen. Diese Verkennung der Krankheit in Verbindung mit der Thatsache, dass der Mann, welcher 41 Jahre alt war, ein inveterirter Alkoholist war, ist für mich ein hinreichender Grund, um den malignen Charakter seiner Krankheit zu erklären.

Der Sitz des Schankers hat absolut keinen Einfluss auf den Verlauf und den Charakter der Syphilis. Wir würden im entgegengesetzten Falle hier auf dem Hospital, wo wir doch sehr häufig extragenitale Schanker beobachten, viel öfter einen malignen Verlauf der Krankheit sehen, als wir es wirklich thun. Kommt Syphilis maligna nach einer extragenitalen Infection vor, so hat es seinen Grund in ganz anderen Momenten als in dem Sitze des Schankers, nämlich in der wegen Verkennung der Krankheit versäumten Behandlung und in dem schlechten Ernährungszustand des Individuums. Ich habe früher Gelegenheit gehabt, diese meine Auffassung auszusprechen und mir wurde damals von verschiedenen Seiten widersprochen Ich habe meine Meinung über dieses Verhältniss später in keiner Weise geändert, und es freut mich, constatiren zu können, dass Fournier, ein Mann, dessen Autorität und Erfahrung auf diesem Gebiete wohl keiner bezweifeln wird, vor kurzem in einem Artikel in Semaine médicale (1895, Nr. 60, Pronostic de la syphilis issue de chancres extragénitaux) ganz meiner Meinung ist. Er weist auf Grund seiner grossen Statistik nach, dass der Tertiarismus nach extragenitalem Schanker im Procentsatz ganz dem Verhältniss zwischen genitalen und extragenitalen Schankern entspricht, und er kann alle Fälle von malignem Verlauf der Syphilis nach extragenitalen Infectionen durch weit plausiblere Momente in der Anamnese als durch den ungewöhnlichen Sitz des Schankers erklären.

Man behauptet in der Regel, dass die Incubation bei der malignen Syphilis, d. i. die zweite Incubation, die Zeit zwischen der Erscheinung des Schankers und dem Ausbruch der secundären Symptome sehr kurz sei. Mauriac sagt jedoch, dass dieselbe gewöhnlich 6 Wochen bis 2 Monate dauere. Diese Zeit kann man doch nicht ungewöhnlich kurz nennen. Brousse theilt einen Fall mit, wo die zweite Incubation nur 20 Tage dauerte, und Baudouin hatte unter 132 Fällen schwerer Syphilis 11, bei denen weniger als ein Monat zwischen dem Erscheinen des Schankers und dem Auftreten der secundären Symptome vergangen war. In dem von mir gesammelten Material ist es hinsichtlich der meisten Fälle vollständig unmöglich gewesen, Aufschlüsse über die zweite Incubation zu erhalten. In einzelnen Fällen scheinen jedoch nur 4—6 Wochen von dem Auftreten des Schankers bis zum Ausbruch der malignen Symptome verflossen zu sein. Diese, die ulcerativen Processe in der Haut, kommen zuweilen nicht als erster Ausbruch, sondern erst als zweiter oder dritter vor. Dies geschieht wohl nicht selten, wenn der erste Ausbruch gar nicht oder schlecht behandelt war. Indessen liegen mir einige Fälle vor, wo sofort eine — scheinbar recht gute — mercurielle Behandlung stattgefunden hatte, und wo trotzdem der wiederholte Ausbruch ulcerativ geworden ist. Zeigt sich die Malignität nicht im Verlaufe des ersten Jahres nach der Infection, so kann man sicher sein, dass der Fall nicht maligne wird (Mauriac). Dieser Satz hat, glaube ich, volle Giltigkeit. Jedenfalls habe ich nie gesehen, dass die Krankheit diese Wendung nahm, nachdem das erste Jahr verflossen war.

Ich habe in meiner kurzen Beschreibung der Symptome auf der Haut gesagt, dass die Ulcerationen aus den syphilitischen Papeln durch Pustelbildung entstanden. Dieses ist meiner Meinung nach die Regel, und ich finde es ganz überflüssig, mit Dubuc (nach Bazin, der übrigens nur 2 hat) 3 verschiedene Formen, nach denen sie sich entwickeln können, aufzustellen, und danach 3 Varietäten zu unterscheiden, nämlich:

1. La variété puro-crustacée ulcéreuse.
2. La variété tuberculo-crustacée ulcéreuse.
3. La variété tuberculo-ulcérante gangréneuse.

Die Papel ist immer das primäre. Die verschiedene Grösse derselben und die verschiedene Schnelligkeit der Pustulirung hat nichts zu sagen. Es ist in allen Fällen derselbe Process. Nur ein einziges Mal habe ich eine Ausnahme von der Regel beobachtet. In diesem Falle bildeten sich die Ulcerationen nicht durch Pusteln, sondern durch Nekrose des Gewebes. Patient war ein 30jähriger Seemann (Nr. 17), welcher seinen Schanker einen Monat vor der Aufnahme und 14 Tage nach dem inficirenden Coitus observirt hatte. Er hatte im Gesicht, auf dem Rücken und auf der Brust einen reichlichen papulös-pustulösen Ausschlag. Nach länger als 1 Monat nach der Aufnahme sah man, nachdem er eine Zeit lang Inunctionen gebraucht hatte, in mehreren der grossen Papeln einen central nekrotischen Schorf, ziemlich gross. Nachdem derselbe abgestossen war, zeigte sich eine Ulceration, welche an Umfang zunahm. Gleichzeitig entwickelten sich mehrere pustulöse Syphilide ebenfalls zu Ulcerationen. Dies ist also ein Exempel für Dubuc's dritte Varietät, auf welche Bazin zuerst aufmerksam gemacht hat, und welche sehr selten sein soll. Bazin selbst hatte dieselbe nur 4—5 Mal beobachtet.

Fast alle Verfasser sind darin einig, dass die Schleimhäute in der Regel selten angegriffen werden. Doch, behaupten sie, müsse die Schleimhaut der Nase ausgenommen werden. Hier komme es recht häufig zu ulcerativen Processen, ja sogar zur Perforation des Septum mit mehr oder weniger bedeutender späterer Defiguration. Meiner Meinung nach handelt es sich in diesen Fällen nicht um wirkliche Syphilis maligna, sondern um tertiäre Syphilis mit Gummabildung. Ich habe bei der malignen Syphilis nie Ulcerationsprocesse in der Nasenhöhle gesehen; nur in einem Falle, (Pt. Nr. 7) bei einer 19jährigen Fabriksarbeiterin bildete sich während ihres Aufenthalts im Hospital eine Papel auf Septum mobile narium. Diese ulcerirte und die Ulceration breitete sich sehr aus, auch auf der Schleimhaut des Septum. Als dieselbe endlich heilte, war ein Theil des Septum mobile zu Grunde gegangen, und die Nasenspitze wurde durch die Retraction der Narbe stark nach unten gezogen.

Dass es jedoch nicht so ganz selten ist, dass die Schleimhäute afficirt werden, wird man aus meinem Material sehen.

Bei 39 Fällen von Syphilis maligna habe ich die Schleimhäute 11mal angegriffen gefunden. Aber die Affection ist hier von weit geringerer Bedeutung als auf der Haut, und dieselbe verschwindet bei der Behandlung in der Regel viel leichter und schneller. Bei Frauen habe ich bei 6 Fällen Affectionen gefunden, 2mal in Form von Papeln in Fauces, 1mal als Papeln auf Velum, der Zungenwurzel und am Aditus laryngis, 2mal Ulcerationen in Fauces und 1mal Ulcera in Fauces und Larynx. Bei Männern 1mal Papeln in Fauces, 1mal Papeln auf den Lippen, 1mal Papeln auf den Lippen und in der Mundhöhle 2mal Ulcerationen in Fauces. Die Ulcerationen waren in der Regel ziemlich an der Oberfläche, in einigen Fällen waren sie jedoch recht tief. Hier hatten sie indessen längere Zeit bestanden, ohne behandelt worden zu sein.

Die Erkrankungen des Periost sind in der Regel — wie überhaupt, wenn sie im secundären Stadium der Syphilis auftreten — sehr leichter Natur und von kurzer Dauer, wenn sie rationell behandelt werden. Sie verschwinden, ohne eine Spur zurückzulassen. Ich habe sie nur da gesehen, wo es sich um einen 2. oder 3. Ausbruch handelte. Bei Frauen traten sie zweimal auf; bei Nr. 2 waren die Finger- und Zehenglieder angegriffen, bei Nr. 13 fand sich eine begrenzte Periostitis des Cranium. Bei Männern wurden 4mal geringere Periostiten constatirt; bei Nr. 1 hatte sie ihren Sitz auf der Vorderfläche der Tibia und auf Maxilla superior; bei Nr. 13 nur auf der letzten Stelle Pat. Nr. 20 und Nr. 23 hatten beide Periostitis tibiae.

Iritis ist nur bei einer Frau und einem Manne beobachtet; bei beiden in einem Recidiv von Syphilis maligna. Bei dem Manne (Nr. 18) hatte dieselbe einige Zeit vor der Aufnahme bestanden und war gar nicht behandelt. Es zeigten sich so bedeutende Verwachsungen mit der Linsenkapsel, dass sie sich nicht heben liessen. Bei der Frau (Nr. 5) wurde die Krankheit durch die Behandlung vollständig geheilt.

Ich will nur noch erwähnen, dass bei einem Patienten (Nr. 22) bei der Aufnahme eine sehr bedeutende Affection aller Nägel, sowohl an den Händen als an den Füssen, vorhanden war. Unter der Behandlung wurden sie alle abgestossen,

und bei der Ausschreibung waren die neuen Nägel in guter Entwicklung.

Wie man sieht, werden andere Organe als die Haut nicht oft angegriffen; und wenn es der Fall ist, so sind die Affectionen von benignem Charakter. Die Haut ist dasjenige Organ, welches bei der Syphilis maligna „par excellence“ angegriffen wird, und eben diese Symptome geben der Krankheit das charakteristische Bild.

Mehrere Verfasser behaupten, dass das Nervensystem unter der Krankheit sehr leide. Als Zeichen einer solchen Mitleidenschaft führen sie heftige Kopfschmerzen und eine bedeutende Mattigkeit an. Was nun die Kopfschmerzen betrifft, so habe ich sie freilich in mehreren meiner Fälle beobachtet, aber sie sind fast nie von besonders starkem Charakter gewesen und sind recht leicht durch die Behandlung verschwunden. Sie haben niemals einen typischen Charakter gehabt und können in den meisten Fällen aus einer periostalen Affection der inneren Fläche des Cranium oder als Folge des vorhandenen Fiebers erklärt werden. Das Gefühl der Mattigkeit ist wohl mehrere Male constatirt worden, aber besonders dann, wenn das Fieber lange gedauert hatte, oder wo der Ernährungszustand bedeutend gelitten hatte. Die meisten Patienten haben bis zur Aufnahme ihrer täglichen Arbeit nachgeben können. Ein Knecht (Nr. 12), welcher seit dem Ausbruch der Efflorescenz, 5 Wochen vor der Aufnahme, 38 Pfd. am Gewicht verloren hatte, war sogar in seinem Dienste geblieben und hatte seine Arbeit bis zum letzten Tage ausgeführt. Bei einer 17jährigen Patientin (Nr. 5) zeigte sich während ihres langen Aufenthaltes im Hospital eine acute Abmagerung, Schläfrigkeit und Mattigkeit, beinahe Prostration, aber diese musste entschieden ihrer während der malignen Syphilis auftretenden gonorrhoischen Salpingitis, welche mit hohem Fieber verbunden war, zugeschrieben werden.

Als Exempel dafür, dass das Nervensystem sehr ernst angegriffen werden kann, führen die meisten Verfasser den von Dubuc mitgetheilten Fall (Observation III) an, wo ein Patient während seiner malignen Syphilis 22 epileptiforme Anfälle im Laufe von 24 Stunden bekam und danach einen ganzen

Tag in Koma lag. Vorausgesetzt, dass es sich in diesem Falle wirklich um Syphilis und nicht um Rotz gehandelt hat, was man in den ersten Monaten der Krankheit stark vermuthet hat (der Mann ist Grobschmied und hat viel mit Pferden zu thun; die Krankheit beginnt im Schlunde und in der Nase und hat sehr bald, d. i. c. 2 Monate nach dem Beginn der Krankheit, Perforation des Septum zur Folge), so muss es jedenfalls tertiäre Syphilis gewesen sein und hat als solche nichts mit der wirklichen Syphilis maligna zu thun. Wie weit der Mann früher an Epilepsie gelitten habe, bekommt man übrigens in dem sehr langen Journal nicht zu wissen.

Bei verschiedenen Verfassern werden viscerale Affectionen während des Verlaufes der malignen Syphilis erwähnt. Sowohl Leber als Milz und Testes sollen angegriffen werden können. Dubuc hat einen Fall von interstitieller Hepatitis, welcher mit dem Tode endigte. Melchior Robert hat 2mal Orchitis gesehen. In diesen Fällen handelt es sich natürlich immer um galoppirende Syphilis oder um reine tertiäre Fälle. Ich habe nie Affectionen der innern Organe in meinen Fällen von maligner Syphilis constatiren können.

Der Verlauf der Syphilis maligna wird von den Verfassern ebenfalls sehr verschieden geschildert. Einige (wie Dubuc) führen freilich an, dass die Krankheit mit einem einzigen Anfall beendigt sei könne, aber in der Regel kämen mehrere Recidive vor; die Krankheit könne sich jahrelang hinziehen und endige nicht selten mit dem Tode. Die einzelnen Attaquen dauern mehrere Monate, oft 4—6; die freien Zwischenräume seien oft von kurzer Dauer. Da jedoch die meisten Verfasser die maligne Syphilis mit der tertiären und galoppirenden Syphilis zusammenwerfen, so haben diese Behauptungen keinen grossen Werth, weil sie nicht auf die eigentliche Syphilis maligna, wie ich sie auffasse, passen. Aus meinem Material geht hervor, dass nur bei 3 Männern Recidive beobachtet und behandelt worden sind. In allen Fällen hatte der wiederholte Ausbruch den Charakter der malignen Syphilis. Bei Patient Nr. 1 kam dieser ½ Jahr nach der ersten Ausschreibung aus dem Hospital; bei Nr. 2 war nur ein freier Zwischenraum von 6 Wochen. Patient Nr. 10 bekamen wir 5mal wegen ulcerativer Syphilide unter Behand-

lung, das 2. Mal war das Recidiv 9 Wochen nach der Ausschreibung gekommen, das 3. Mal 1 Monat nach und das 4. Mal „gleich nach“ der vorigen Ausschreibung. Bei einem Patienten (Nr. 22) waren über das letzte halbe Jahr fortgesetzt Ulcerationen in der Haut gewesen, während die Infection kaum 1½ Jahr zurücklag. Der erste Ausbruch schien ohne Zweifel nicht von malignem Charakter gewesen zu sein. Dieses Factum wurde auch bei einem andern Patienten, bei dem nur ein früherer Ausbruch gewesen war, constatirt. In mehreren Fällen konnten wir durchaus keine Aufschlüsse bekommen, ob und wie viele frühere Ausbrüche vorhergegangen waren, auch nicht über den Charakter derselben. Aber in den allermeisten Fällen war die maligne Syphilis sicher der erste Ausbruch.

Was die Frauen anbetrifft, haben wir ebenfalls dieselbe Patientin in 3 Fällen wiederholt wegen maligner Syphilis behandelt. Patientin Nr. 2 kam ½ Jahr nach der ersten Ausschreibung mit einem bedeutenden Recidiv zurück. Nr. 5 nur 5 Wochen und endlich Nr. 12 ½ Jahr nach der ersten Ausschreibung. Wie immer ist es bei Frauen viel schwieriger als bei Männern das Datum der Infection und das Vorhandensein eines vorhergehenden Ausbruchs aufgeklärt zu erhalten. Bei einem Theil der Fälle handelte es sich jedoch ganz bestimmt um den ersten Ausbruch der Syphilis. Bei den meisten Patienten, sowohl männlichen als weiblichen, sind während des Aufenthaltes im Hospital trotz der eingeleiteten Behandlung neue Ausbrüche gekommen und noch bevor die Symptome, derentwegen sie aufgenommen worden waren, verschwunden waren.

Die absolute Dauer der einzelnen Ausbrüche zu constatiren, ist bei der Classe von Individuen, aus welcher mein Material stammt, ebenfalls sehr schwierig. Die Krankheit hat ja indessen keine Tendenz zur spontanen Heilung, und es ist deshalb ungleich interessanter zu erfahren, wie lange Zeit verflossen ist, bis die Patienten ohne Symptome haben ausgeschrieben werden können, oder mit anderen Worten, wie lange der Aufenthalt im Hospital gedauert habe.

Was die 13 Frauen betrifft, welche 16 Aufnahmen repräsentiren, da 3 von ihnen 2mal behandelt wurden, so war

der Aufenthalt im Hospital 16—317 Tage. Diese beiden Zahlen gelten für dieselbe Patientin (Nr. 5) und können nicht gut angeführt werden, weil, obgleich sie bei der ersten Aufnahme wohl einen Ausbruch von ulcerativen Syphiliden nach dem andern hatte, der Aufenthalt im Hospital durch die eintretende Salpingitis und später auch ziemlich ernste Erysipelas capitis bedeutend verlängert wurde. 5 Wochen nach der Ausschreibung kam sie mit ulcerativen Syphiliden in nicht grosser Zahl zurück ins Hospital; diese heilten nach 16tägiger Behandlung.

Für die übrigen war der Aufenthalt im Hospital von 42—220 Tagen, von diesen wurden behandelt:

6 Pat. . . .	40— 50 Tage	1 Pat.	118 Tage
2 „ . . .	50— 60 „	1 „	148 „
1 „ . . .	70— 80 „	1 „	220 „
2 „ . . .	90—100 „		

Wie man sieht, war der Aufenthalt im Hospital oder die Dauer der Cur für mehr als die Hälfte der Patienten nur 6—8 Wochen.

Was die Männer betrifft, so hatten wir 18 mit 23 Aufnahmen, da 2 wiederholte Ausbrüche gehabt hatten; einer war 4mal im Hospital behandelt worden. Der Aufenthalt im Hospital hat von 29—134 Tagen gedauert. Es wurden behandelt:

1 Pat. . . .	29 Tage	2 Pat. . . .	70—80 Tage
3 „ . . .	30 - 40 „	2 „ . . .	80—90 „
7 „ . . .	40—50 „	1 „ . . .	99 „
2 „ . . .	50— 60 „	1 „ . . .	104 „
3 „ . . .	60—70. „	1 „ . . .	134 „

Auch bei den Männern war also die Dauer der Cur für mehr als die Hälfte unter 8 Wochen.

Es liegt die Frage nahe: Können wir eruiren, warum Syphilis in einzelnen Fällen maligne wird? Können wir durch das Studium der Anamnese in den gegebenen Fällen äthiologische Momente finden, welche erklären können, warum die Krankheit mit diesem eigenthümlichen Charakter aufgetreten ist? Viele Verfasser haben es versucht, aber irgend ein positives Resultat haben diese Untersuchungen nicht gehabt. Man hat nur vage Vermuthungen vorgebracht und wahrscheinliche Ursachsmomente aufgestellt, welche meistens eine Schwächung

des Organismus bewirkt hätten. Von einzelnen Seiten ist die Behauptung aufgestellt, dass die ulcerativen Processe bei der malignen Syphilis ihre Ursache in einer „Mischinfection" hätten und also kein Symptom, welches aus dem syphilitischen Virus selbst entstanden sein wäre. Diese Behauptung beruht nicht auf positiven experimentellen Untersuchungen und ist nur eine Theorie, welche meiner Meinung nach — klinisch genommen — aller Wahrscheinlichkeit entbehrt. In den Ulcerationen findet man freilich verschiedene Mikrococcen, wie man sie in jeder nicht antiseptisch behandelten Wunde findet, aber in den syphilitischen Pusteln, aus denen sich die Ulcerationen ja entwickeln, können solche absolut nicht nachgewiesen werden (Magnus Möller).

Die Ursache kann kaum in dem Virus selbst liegen, obgleich man sich ja denken könnte, dass derselbe bei verschiedenen Verhältnissen von verschiedener Stärke sein könne. Fasst man Syphilis als eine mikrobielle Infection auf, was man wohl thun muss, obgleich deren Mikrob bis jetzt noch unbekannt ist, so könnte man ja mit Recht annehmen — in Analogie mit andern Infectionskrankheiten und in Uebereinstimmung mit den betreffenden Resultaten der experimentellen Pathologie — dass eine verschiedene Virulens, je nachdem die Bakterien oder Bacillen von einer älteren oder jüngeren Cultur sind, vorkomme. Und weiter könnte man ja annehmen, dass die Quantität ebenso wohl wie die Qualität des inficirten Virus von Bedeutung für die Stärke der Infection sei. Die thatsächlichen Verhältnisse erlauben indessen eine solche Annahme nicht. Theils würde man, wenn das der Fall wäre, die maligne Syphilis entschieden viel häufiger auftreten sehen, theils ist es ein Factum, dass Syphilis aus derselben Quelle und zur selben Zeit erworben, bei einem Individuum maligne Syphilis, bei einem andern eine sehr leicht verlaufende Krankheit hervorbringt. Auch spricht der Umstand, dass Syphilis, von einem malignen Fall übertragen, fast immer ganz gewöhnliche Syphilis ergibt, dagegen, dass die Stärke des Virus irgend eine Bedeutung haben sollte.

Man muss deshalb annehmen, dass es auf die Beschaffenheit des Bodens, in welchen der Infectionsstoff implantirt wird,

ankommt. Aber auch hier ist unser Wissen sehr begrenzt. Einige Verfasser behaupten, dass fast immer geschwächte Individuen maligne Syphilis bekommen; andere behaupten, dass gerade gesunde und kräftige Personen auf diese Weise angegriffen werden. Selbst wenn es sich zeigt, dass jene Recht haben, was ich zu glauben sehr geneigt bin, so kann man doch nicht erklären, warum der geschwächte Organismus grade auf diese Weise gegen den eindringenden Infectionsstoff reagirt. Dass die Energie der Fagocytose hier eine Rolle spielt, ist ja möglich, aber bei dem gegenwärtigen Stande unserer Wissenschaft nicht zu beweisen.

Diday misstraut den blonden Individuen; méfiez vous de la vérole chez les blondes," sagt er. Ich habe nie constatiren können, dass Syphilis bei Blonden schlimmer als bei Brunetten auftrete, und mein Material von maligner Syphilis bestätigt es auch nicht. Ory und nach ihm viele andere Verfasser stellen eine Reihe äthiologischer Momente als Ursache der malignen Syphilis auf, welche alle eine Schwächung des Organismus hervorbringen sollen. Er nennt Lymphatismus, Scrophulose, langes Säugen, Schwangerschaft, Alkoholismus, Ausschweifungen und unordentliches Leben, Sorgen, hohes Alter, vorhergegangene Krankheit und Miseries. In dem Material, welches er in seiner Abhandlung gesammelt hat, gibt er in 15 Fällen Alkoholismus als Ursache an, in 13 Fällen waren die Individuen lymphatisch und scrophulös. 23mal glaubte er, vorausgegangene körperliche Anstrengungen und Miseries, 9mal Sorge als Grund zur Malignität annehmen zu müssen, und bei 4 Individuen nahm Syphilis in der Reconvalescenz nach schwerer Krankheit diesen Charakter an. Lancereaux nennt einen Theil anderer äthiologischer Momente, wie das jugendliche Alter, Racenunterschied zwischen den ansteckenden und angesteckten Individuen, schlechte Hygiene und schlechte Ernährung, plötzlicher Temperaturwechsel und feuchtes Klima. Moreira führt einen Theil derselben Ursachen an und fügt hinzu Impaludismus, Skorbut, Diabetes, Nierenkrankheiten, Herpetismus und Mangel einer vorausgegangenen Behandlung. Das Klima hat seiner Meinung nach keinen Einfluss darauf. Auch Fournier betont als wichtiges Moment gar keine oder eine

ungenügende Behandlung. Andrerseits ist Boeck nicht der Meinung, dass vorhandene Schwächezustände des Organismus die maligne Syphilis verursachen, und Lesser bezweifelt sogar, dass Alkoholismus einen Einfluss habe. Ebenfalls legt er dem hohen oder niedrigen Alter kein Gewicht bei. Diese Ursachsmomente finden wir bei den meisten Verfassern wieder. Aber einige (Lancereaux, Mauriac) behaupten mit Bestimmtheit, und darin haben sie gewiss Recht, dass es in vielen Fällen unmöglich ist, irgend einen Grund zu eruiren. Es bleibt also nichts anderes übrig, als „eine besondere Prädisposition, welche nicht definirt und geahnt werden kann".

Man kann ja nicht leugnen, dass diese „besondere Prädisposition" eine traurige Falliterklärung ist. Ich habe viel über diese Sache nachgedacht und werde mir erlauben, eine Hypothese über diese Prädisposition, welche meiner Meinung nach etwas für sich hat, aufzustellen. Es freut mich, dass ich einen ähnlichen Gedanken bei Neisser, Lesser und Kopp gefunden habe, so dass er kaum für ganz absurd angesehen werden kann. — Man kann sich ja denken, dass bei einem Individuum, welches maligne Syphilis bekommt, in den vorhergegangenen Generationen nie oder in einem weit zurückliegenden Gliede ein Fall von Syphilis vorgekommen sei. Das Geschlecht war dadurch von der Krankheit unberührt, es war, wenn ich so sagen darf, nicht „vakzinirt" worden, und jetzt, nachdem das Individuum inficirt wurde, bricht die Krankheit mit aller Kraft auf dem „jungfräulichen" Terrain aus, ganz ebenso, wie man es sieht bei einer ganzen Bevölkerung, an einem entlegenen Orte der Welt, wo Syphilis vorher nie übergeführt war. Hierin unterscheidet Syphilis sich nicht von andern Infectionskrankheiten. Auch das Factum, dass Syphilis maligna im Laufe der Jahre seltener geworden zu sein scheint, spricht für meine Theorie. Syphilis nimmt an Extensität zu, an Intensität ab (Mauriac); mehr und mehr Geschlechter werden „vakzinirt".

Wie gesagt, das ist nur ein Gedanke, eine Hypothese, welche nie bewiesen werden, aber doch zur Erklärung der „Prädispositionen" dienen kann. Wenn ich nun, um wo möglich ätiologische Momente zu finden, welche die Malignität der Krankheit in den einzelnen Fällen erklären können, mein Material durchgehe, so finde

ich, dass bei den Männern in 8 Fällen in der Anamnese ein hoher Grad von Alkoholismus, in dem einen Falle in Verbindung mit Miseries zu constatiren war. Ein Patient war dem Spiritus ziemlich verfallen und räumte ein, dass er ein sehr unregelmässiges Leben geführt habe. 4 Patienten waren Seeleute, und diese Classe liefert in der Regel ein bedeutendes Contingent schwerer Syphilisfälle, was ja auch natürlich ist, da sie auf langen Reisen beim Ausbruch der Krankheit oft lange eine passende Behandlung entbehren müssen. Die Verpflegung an Bord ist wohl oft sehr dürftig, was in Verbindung mit Strapazen und schlechten hygieinschen Verhältnissen, schlechtem Wetter, dem Tragen durchnässter Kleidung wohl dazu beitragen kann, den Organismus zu schwächen.

Es ist ja sehr wahrscheinlich, dass Mangel an Behandlung der Initialsymptome und der ersten secundären Phänomene einen Einfluss auf den späteren Verlauf und den Charakter der Syphilis hat, und mein Materil scheint auch darauf hinzudeuten. In 5 Fällen, wo die Infection wenigstens 3—4 Monate zurücklag, war absolut keine Behandlung eingetreten. In dem einen Falle war freilich eine homöopathische Cur, noch dazu bei einem Quacksalber, gebraucht, aber das bleibt ja dasselbe. In 7 Fällen musste die vorhergegangene Behandlung als höchst mangelhaft und unvollständig bezeichnet werden, und in einem Falle war die mercurielle, übrigens recht energische Behandlung erst lange Zeit nach dem Ausbruch der secundären Symptome eingetreten.

Was das Alter der Patienten angeht, so hatten wir keinen, der grade in einem sehr vorgerückten Alter inficirt worden war.

Es waren inficirt:

5	zwischen	20	und	25	Jahren,	2	zwischen	35	und	40 Jahren
6	„	25	„	30	„	2	„	40	„	45 „
3	„	30	„	35	„					

Irgend einen Fall von Infection im Greisenalter haben wir nicht gehabt. Nach v. Sigmund beginnt das Greisenalter bei Männern mit dem 55. Jahr, bei Frauen mit dem 45. Er meint, dass das der Zeitpunkt sei, wo in der Regel andere als sexuelle Interessen sich geltend machen. Die meisten Verfasser

sind der Meinung, dass Syphilis, im Greisenalter erworben, eine ungünstige Prognose habe, und dass man in diesem Falle oft einen malignen Verlauf, oder Syphilis mit malignem Charakter sehe. Ricord sagt: Quand vous voulez avoir la vérole, profitez au moins pour cela du temps où vous êtes jeune, car il ne fait pas bon de lier connaissance avec elle quand on est vieux. v. Sigmund meint dagegen, dass die in diesem Alter erworbene Syphilis fast immer benign ist und nur langsam fortschreite, was sich schon im Incubationsstadium zu erkennen gebe; sowohl die erste als auch die zweite Incubation sei auch nicht unbedeutend länger als bei jungen Leuten. Ich glaube nicht, dass er darin Recht hat. Ich behaupte mit Quinquaud und Ullmann, Fournier, Mendel, Bumstead, Taylor und anderen, dass wohl dann und wann bei Greisen Fälle von Syphilis beobachtet werden, welche merkwürdig leicht verlaufen, aber in weit mehr Fällen erhalten wir einen sehr ernsten Verlauf.

Was Frauen betrifft, waren die Verhältnisse so: 3 waren ausgeprägte Alkoholisten, 1 litt an Tuberculosis pulmonum, 1 an sehr lange dauernder Chlorose, 3 hatten wegen Miseries viel durchgemacht und früher schwer arbeiten müssen; eine 54jährige Dame war immer „sehr schwächlich“ gewesen und war in schlechtem Ernährungszustand, ohne dass die objective Untersuchung irgend eine eigentliche Krankheit nachweisen konnte. 8 von den 13 Patienten waren, obgleich die Infection mehrere Monate zurück lag, gar nicht behandelt worden. Eine war freilich behandelt, aber sehr mangelhaft, und 1 hatte homöopathische Hilfe gesucht. Mit Rücksicht auf das Alter der Patienten waren inficirt:

2	zwischen	15	und	20	Jahren,		1	zwischen	35	und	40	Jahren,
1	„	20	„	25	„		3	„	40	„	45	„
3	„	25	„	30	„		2	„	50	„	55	„
1	„	30	„	35	„							

Es gibt in der Literatur keine statistischen Aufzeichnungen, aus denen man die Häufigkeit der malignen Syphilis ersehen könnte. Morel-Lavallée hat freilich in einem Artikel in Gazette des hôpitaux Nr. 118, 1888: Pronostic et formes graves de la syphilis, gesagt, dass „la syphilis dénutritive secondaire“

sehr häufig mit Syphilis maligna koincidiere, und dass diese in den letzten Jahren wegen zunehmenden Missbrauchs von Alkohol viel häufiger auf Fournier's Abtheilung beobachtet werde als früher. In den letzen Jahren ist diese bei 11% der Männer und bei 3·3% der Frauen aufgetreten. Aber aus diesen Aeusserungen erhält man doch keinen klaren Begriff von der absoluten Häufigkeit der Syphilis maligna.

Um mir einen Begriff von deren Häufigkeit zu bilden, habe ich alle meine Journale über Patienten mit Syphilis während der Zeit, welche ich Oberarzt an der vierten Abtheilung des Communehospitals, d. h. 14 Jahre, von 1882—1895 incl. gewesen bin, durchgegangen. Es sind im ganzen 8691 Fälle von Syphilis, 4837 bei Männern, 3401 bei Frauen und 453 bei Kindern behandelt. Unter diesen waren 39 Mal maligne Syphilis, 23 Mal bei Männern, 16 Mal bei Frauen, was 0·47% für Männer und genau dieselbe Zahl für Frauen ergibt. Ohne Zweifel entspricht dieser Procentsatz nicht dem wirklichen Verhältniss zwischen maligner und nicht maligner Syphilis, sondern ist in Wirklichkeit bedeutend geringer. Man kann als sicher annehmen, dass der allergrösste Theil, wenn nicht alle Fälle von maligner Syphilis in einer Stadt wie Kopenhagen im Communehospital behandelt werden, da die Krankheit sich ja nicht für eine ambulante Behandlung oder für eine Behandlung im Hause eignet, wohingegen ja eine Menge Fälle von gewöhnlicher Syphilis privat behandelt werden. Die Angabe der Verfasser, dass diese Krankheit viel häufiger bei Männern als bei Frauen sein soll, entspricht nicht meinen Beobachtungen. Ory hat unter seinen Observationen 20 Männer und 10 Frauen; Dubuc 8 Männer und nur 1 Frau. Dass die maligne Syphilis nicht mehr so häufig auftritt als früher, kann ich nicht mit Zahlen beweisen. Ich glaube es aber bestimmt und mehrere ausländische Syphilidologen haben mir gegenüber dieselbe Meinung ausgesprochen. Ebenfalls gibt ein älterer Pariser Oberarzt an einer syphilidologischen Abtheilung an, dass er vor ca. 30 Jahren 5—6 Fälle jährlich auf seinem Service hatte, was ja bedeutend mehr ist, als was ich in den letzten 14 Jahren auf meiner Abtheilung gesehen habe.

Was nun die Prognose für die maligne Syphilis betrifft, so halte ich sie nicht für so ungünstig als die andern Verfasser. Aber das kommt auch wohl zum Theil daher, dass die meisten dieselbe nicht von der galoppirenden Form der Krankheit trennen. Ich habe doch oben bewiesen, dass meine Fälle durchgehends in viel kürzerer Zeit geheilt wurden, als anderswo angegeben wird, und dass ich lange nicht so häufig Recidive bei meinen Patienten beobachtet habe als andere Verfasser. Ich glaube, dass man eine gute Prognose quoad sanationem completam stellen kann, wenn man den Patienten in gute hygienische und diätetische Verhältnisse stellen kann, und eine Behandlung für ihn finden kann, welche in dem gegebenen Falle passt, und wenn der Patient nach Abschluss der Cur selbst gewisse Rücksicht auf seine Lebensweise nehmen will und kann. Wie allen Syphilitikern schwebt auch ihnen natürlich das Schwert über dem Haupte. Keiner kann sagen, ob sie vollständig geheilt sind. Aber je längere Zeit vergeht, ohne dass sich Recidive zeigen, und je regelmässiger und gesünder sie leben, desto bessere Chancen haben sie.

Die Behandlung. Wenn man bei den Verfassern erfahren wollte, wie man einen Patienten mit maligner Syphilis behandeln sollte, würde man in ein schweres Dilemma kommen. Was der eine empfiehlt, verwirft und verdammt der andere und umgekehrt. Nur darin sind alle einig, dass es vor allem gilt, den Patienten in gute hygienische und diätetische Verhältnisse zu stellen, möglichst frische Luft, wenn möglich Seeluft, gute und nahrhafte Kost, regelmässiges und geordnetes Leben. Tonika und Roborantia wie Eisen und Chinin werden auch durchgehends verordnet. Aber wo es auf die eigentliche curative und medicamentelle Behandlung ankommt, beginnt die Uneinigkeit.

Ich werde kurz einige der von den Verfassern empfohlenen Regeln für die Behandlung anführen. Guibout gibt, wenn das Allgemeinbefinden besser ist, Jodkalium und Merkur in kleinen Dosen. Mauriac warnt dagegen vor Merkur und empfiehlt, falls es vertragen werden kann, Jodkalium in grossen Dosen. Ist dies nicht der Fall, oder zeigt das Mittel nicht bald heilende Wirkung, so muss man damit aufhören und seine Zuflucht zu Chinin und Eisen nehmen. Dubuc behauptet, dass Merkur

geradezu schade. Er setzt sein Vertrauen auf Jodkalium und beginnt mit sehr kleinen Dosen, 50 Centigr. pro Tag, und steigt vorsichtig bis 3 à 4 Gr. Hilft dies nicht, so könne man eine gemischte Behandlung versuchen; Sarsaparilla und Guajak nütze gar nichts. Rayer lobt dagegen Sarsaparilla, welches Hauptbestandtheil von Tisane de Feltz ist, welches man bei vielen der älteren französischen Verfassern empfohlen findet. Ory beginnt erst dann, wenn die Kräfte wieder hergestellt sind, eine gemischte Behandlung und wendet dann gern Giberts Syrup und Schwefelwasser an. Quinquaud und Brousse empfehlen ebenfalls die gemischte Behandlung. Gougenheim findet Merkur ohne Wirkung, sondern gibt 5—6 Gr. Jodkalium täglich. Besnier ist sehr vorsichtig mit Merkur, wendet Jodkalium und Roborantia an; erst wenn die Zahl der Blutkörperchen auf das Normale gestiegen ist, will er Merkur anwenden. Joseph räth von Merkur ab, aber lobt Jodkalium, ohne die Dosis anzugeben. Lesser empfiehlt Zittmann's Dekokt und hat gute Wirkung von Jodkalium beobachtet. Er räth sehr vorsichtig mit Merkur zu sein. N. Holm meint, dass die Schmiercur und Jodkalium in kleinen Dosen das beste sei und behauptet, dass Sarsaparilla kaum vorzuziehen sei. Krowczynski will zuerst den Organismus stärken, bevor er Merkur und Jodkalium verordnet. Neisser warnt vor der fortgesetzten Quecksilberbehandlung, empfiehlt roborirende Diät, Sarsaparilla und Schwitzcuren; er erwähnt Jodkalium mit keinem Worte. Ziehl wendet dagegen die Schmiercur an, und erst wenn diese sich erfolglos zeigt, verordnet er Jodkalium. Iven sagt, dass Jodpräparate in Verbindung mit roborirender Diät die einzig richtige und zweckentsprechende Therapie sei. Bueger behauptet, dass Merkur und Jodkalium wirkungslos sei und hält auf roborirende Diät und Schwitzcuren, wohingegen Loehr meint, dass diese Mittel nur mit Rücksicht auf sehr mitgenommene Individuen gelte; meistens bekäme man recht gute Resultate durch die Quecksilberbehandlung, welche sogar energisch sein solle.

Wie man sieht, sind die Meinungen höchst verschieden. Ich glaube, dass es nicht möglich ist, eine Behandlung anzugeben, welche auf jeden Fall von Syphilis maligna passt, Es

gilt hier besonders, mehr als bei irgend einer anderen Form von Syphilis zu individualisiren und sich zu erinnern, dass man nicht die Syphilis, sondern das Individuum, welches Syphilis hat, behandeln soll. Eine schablonenhafte Behandlung ist hier — wie übrigens bei den meisten Krankheitsfällen — absolut verwerflich und kann zu den traurigsten Resultaten führen.

Wenn ich jetzt mein Material durchgehe, um zu suchen, was in jedem einzelnen Falle die Heilung herbeigeführt hat, so zeigt es sich, dass

11 Patienten nur mit Inunctionen,
1 Patient „ „ Injectionen von Sol. hydrarg. formamid,
1 „ „ „ Jodkalium,
3 Patienten „ „ Inf. sarsaparillae behandelt wurden.

Die übrigen Patienten bekamen eine gemischte Behandlung, nämlich es wurden behandelt:

5 mit Inunctionen + Inf. sarsaparillae,
4 „ Inunctionen + Jodkalium,
6 „ Inj. sol hydrargyr. formamid. + Inf. sarsaparillae,
2 „ Inject. sol hydrargyr. formamid. + Jodkalium,
1 „ Pill. salicylat. hydrargyr. + Baln. russicum,
1 „ Empl. hydrargyr. permagnum + Jodkalium,
1 „ Jodkalium + Inf. sarsaparillae,
1 „ Jodkalium + Jodoforminjectionen.
1 „ Jodkalium + Eisen + Arsenik.

Endlich wurde eine Patientin (Frau Nr. 5) mit Injectionen, im ganzen 51 in 3 Reprisen mit 25 Inunctionen à 3 Gr. Ungr. hydrargyri und endlich Jodkalium behandelt. Alles zeigte sich vergebens, bis zuletzt eine ernste Erysipelas capitis mit einem Schlage alle Ulcerationen zur Heilung brachte. Sie kam später mit einem Recidiv zurück, welches schnell durch Injection von Sol. formamid. hydragyri verschwand.

Wie man hieraus ersieht, ist die Art der Behandlung höchst verschieden gewesen, und das günstige Resultat ist auf sehr verschiedenem Weg erreicht worden. In der Regel ist die antisyphiltische Behandlung gleich nach der Aufnahme eingetreten. Nur wenn das Fieber sehr hoch, oder wenn die Kräfte sehr mitgenommen waren, haben wir bis zur Besserung dieser Erscheinungen gewartet. Alle Patienten sind unter so gute

Verhältnisse gestellt, wie das Hospital sie überhaupt nur bieten kann. Volle Kost mit Extraverpflegung in der grössten Ausdehnung, Betthüten im Beginn der Krankheit, Aufenthalt im Garten, wenn die Temperatur es gestattete.

Inunctionen sind auf die gewöhnliche Weise ausgeführt, in der Regel sind täglich 3 Gr. der grauen Salbe, zuweilen 4, selten darüber benutzt. Wo die Ulcerationsprocesse in der Haut sehr zahlreich und dicht neben einander sind, kann man diese Methode der Application des Quecksilbers natürlich nicht anwenden. In diesem Falle sind intramusculäre Injectionen von lösbaren Quecksilberverbindungen gebraucht; und ich habe dann immer das Formamidquecksilber (nach Liebreich), welches meiner Erfahrung nach die wenigsten Unannehmlichkeiten bei dieser Behandlungsweise geben, gewählt. Die Dosis von diesem ist 1 Centigr. täglich, d. h. eine Pravazspritze voll von einer Auflösung von 1 auf 100 Theile Wasser. In einem Falle wurden Pillen von Salicylas hydrargyricus (à 5 Centigr.), 3 Pillen täglich angewendet. Endlich habe ich bei einer sehr debilen alten Dame mit über die ganze Haut ausgebreiteten Ulcerationen ein Emplastrum hydrargyri über den grössten Theil des Rückens angebracht. Diese Methode, Quecksilber anzuwenden, ist sehr wirksam, und das zeigte sich auch in diesem Falle, indem sich schon 5 Tage nach dessen Gebrauch eine bedeutende mercurielle Stomatitis zeigte, welche die Entfernung des Pflasters nothwendig machte. In den Fällen, wo die Syptome ohne Anwendung von Merkur geschwunden sind, habe ich den Patienten doch in der Regel eine energische Inunctionscur gegeben, bevor sie das Hospital verliessen.

Jodkalium ist meistens in einer Dosis von 3 Gr. täglich angewendet; nur in einzelnen Fällen ist sie bis 4—6 Gr. gestiegen.

Inf. sarsaparillae wird nach der von Richard Battley empfohlenen Methode gebraucht; 60 Gr. der zerschnittenen Wurzel wird 24 Stunden in 800 Gr. kaltem Wasser hingesetzt; die Portion wird 750 Gr. Dieses Infus wird erwärmt und im Laufe einer halben Stunde nösselweise gebraucht. Der Patient liegt in eine Menge wollener Decken fest eingehüllt, und bleibt auf diese Weise noch eine Stunde, nachdem er die

ganze Portion getrunken hat, liegen; er bekommt darauf eine kalte Douche mit darauf folgender kräftiger Frottirung. — Chinin babe ich in vielen Fällen, auch wo die Temperatur nicht über der normalen war, angewendet. In der Regel verordne ich den Patienten 1 Gr. täglich, in 4 Dosen vertheilt, und fahre damit 2—3 Wochen und sogar länger fort. Bekanntlich wird Chinin in ausgedehntem Masse von Antimercurialisten gegen Syphilis gebraucht. Man muss wohl besonders den roborirenden Eigenschaften die günstige Wirkung zuschreiben

Selbstverständlich muss man bei den Ulcerationen eine locale Behandlung anwenden. Diese sind sehr oft ausserordentlich schmerzhaft, besonders wenn der Schorf abfällt oder entfernt wird. Besnier betont bei Veranlassung eines Falles, den er am 11. Febr. 1892 in der Société de dermatologie mittheilte, dass die locale Behandlung von der grössten Wichtigkeit sei, und dass ein passendes desinficirendes Vorgehen im Laufe einer sehr kurzen Zeit das Aussehen der Ulcerationen bedeutend verbessern könne. In der Regel verbinde ich sie gleich von Anfang an mit Chlorkalkwasser (2⁰/₀); später wenn die Granulationen sich gut entwickelt und das Niveau der Haut erreicht haben, mit Lapislösung oder Empl. hydrarg. Die Narben, welche oft stark pigmentirt sind, besonders an den Rändern, und häufig uneben, zuweilen keloidartig sind, werden im Gesicht, wo die Ulcerationsprocesse ja am häufigsten ihren Sitz haben, für die Patienten recht lästig. Man hat kein wirksames Mittel, um diese Difiguration zu entfernen. Ich verordne Nachts Empl. hydrargyri oder Sublimatwasserumschlag; am Tage kann man eine Schminksalbe anwenden.

Indicationen, wie die maligne Syphilis in dem einzelnen Falle behandelt werden soll, lassen sich — wie gesagt — nicht angeben. Nur ganz im Allgemeinen kann man sagen, dass eine roborirende Behandlung und gute hygienische Verhältnisse immer am Platze sind. So lange das Fieber stark ist, halte ich es nicht für richtig, Mercur anzuwenden. Dagegen kann man gerne mit Jodkalium und Inf. sarsaparillae, selbst wenn die Temperatur etwas höher ist, beginnen; aber gleichzeitig muss man den Patienten Chinin gebrauchen lassen.

Welche antisyphilitische Behandlung in einem gegebenen Falle angewendet werden soll, ist von dem Allgemeinzustand des Patienten abhängig, ferner von der Gravität der localen Symptome, der vorausgegangenen Behandlung und endlich von den anamnestischen Verhältnissen im Allgemeinen. Ich glaube, dass es für wenige Krankheiten in so hohem Grade wie für Syphilis maligna gilt, dass der behandelnde Arzt im Besitze von Takt sein muss, wenn es die Wahl der Behandlungsmethode betrifft.

I. Männer.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese. Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
1	B. R., 37 Jahre, verheiratet, Kürschner. Schwede. Aufg. 23./5. 83. Ausg. 22./6. 83.	Früher gesund.	Vor ½ Jahr angesteckt; nicht gleich behandelt. Bekam in Schweden Pillen und darauf 30 Iunnct.; als die Ausbrüche fortdauerten, reiste er nach Berlin, wo er 102 Gr. Ung. hydrarg., Zittmann's Decoct. und 17 Inject. von Sublimataufl. bekam. Immer neue Ausbrüche, weshalb er hierher reiste.	Blass und mager. Es zeigen sich jetzt grosse Flecke und Papeln in grosser Menge nebst grossen ulcerativen Syphiliden im Haargrunde und im Gesicht, Periostitis der Tibia und Maxilla superior. Unter Jodkaliumbehandlung (2—3 Gr. täglich) heilten die Ulcerationen schnell, und die Efflorescenz, die Flecke und Papeln, sowie die Periostiten schwanden.	Jodkalium.
2	Derselbe Patient. Aufg. 6./1. 1884. Ausg. 6./2. 1884.	—	—	Ulcerative Syphilide an dem Kopfe, namentlich auf der Nase; einzelne auf Truncus. Nach 33tägiger Behandlung mit Inf. sarsaparillae und Jodkalium war alles geheilt. Ernährungszustand besser als das vorige Mal.	Inf. sarsaparillae. Jodkalium.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
3	V. S., 42 Jahre. Fabrikant. Aufg. 15./5. 84. Ausg. 13./6. 84.	Früher gesund, aber hat unregelmässig gelebt.	Vor nicht ganz einem Jahr angesteckt; hatte Ulc. induratum penis, Papeln im Gesicht, Halsleiden. Wurde ambulant, aber sehr unregelm. mit Pillen behandelt. Keine Diät.	Blass und etwas aufgedunsen. Im Haargrunde und Gesicht finden sich Papeln und orbiculate, mit Schorf bedeckte Ulcerationen; ähnliches auf den Oberextremitäten. Unterextremitäten zeigten eine Menge Ulcerationen bis 5 Francs gross mit gebuchteten Rändern, einzelne mit Inseln und narbenartiger Haut in der Mitte. Bekam Inf. sarsaparillae und Pil. Blaudii majores. Vollständig geheilt nach 25 Tage.	Inf. sarsaparillae. Pil. Blaudii major.
4	Derselbe Patient. Aufg. 4./8. 84. Ausg. 10./9. 84.	—	—	Pusteln und ulcerative Syphilide, zum Theil mit Schorf bedeckt, in grosser Menge, namentlich an den Extremitäten. Nach 35 Mal Infus. sarsaparillae vollständig geheilt.	Infus. sarsaparillae.
5	S. F., 26 Jahre, Maschinist. Aufg. 12./8. 84. Ausg. 22./10. 84.	Früher gesund.	Vor ca. 8 Mon. angest. Krankheit von Anfang an verkannt; bekam darauf Jodkal., aber der Zustand wurde schlimmer, reiste dann nach Aachen, wo er 57 Inunctionen bekam; immer neue Ausbrüche, weshalb er zurückreiste.	Sehr schwach, blass und mager; Temp. normal. Ueber die ganze Haut braunrothe, starke abschuppende Papeln von der Grösse einer Mark; an den Unterextremitäten eine Menge grosser ulcerativer Syphilide. Bekam zuerst 13 Injectionen von Sol. formamid. hydrargyri ohne Resultat; dann Jodkalium, wonach alle Symptome schwanden.	Inj. sol. formamid. hydrarg. Jodkalium.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
6	L. J., 28 Jahre, unverh. Knecht. Aufg. 27./3. 85. Ausg. 15./5. 85.	Früher gesund.	Vor 4 Monaten angesteckt, ambulant mit 29 Inunctionen behandelt, ohne Wirkung; immer neue Ausbrüche.	Universelle Adenitis. Ueber die ganze Haut eine Menge mit Schuppen bedeckte Papeln, Pusteln und schorfbedeckte Ulcerationen. Nichts auf den Schleimhäuten. Nach 17 Injectionen von Sol. formam. hydrargyrici war noch immer bedeutende Infiltration in der Efflorescenz vorhanden, und es kamen neue Ulcerationen, Darauf bekam er 16 Mal Inf. sarsaparillae, wonach alles verschwand.	Inj. sol. formamid. hydrarg. Inf. sarsaparillae.
7	A. M., 33 Jahre, unverh., Fuhrmann. Aufg. 23./11. 85. Ausg. 27./1. 86.	Alkoholist.	Bemerkte die ersten Symptome vor 1 Monat. Keine Behandlung.	Ulcerirte Papeln an den Genitalien. Ueberall auf der Haut, selbst in Volae und Plantae findet sich eine reichliche Efflorescenz von Papeln, Pusteln und ulcerativen Syphiliden. In der Mundhöhle und in Fauces sind Papeln und Epithelverdickungen. Adenitis ingvin. et cervicalis. Nach 34 Inunctionen (à 3 Gr.) waren noch stark infiltrirte Papeln und einzelne Ulcerationen vorhanden, wogegen Inf. sarsaparillae verordnet wurde. Nach 50 Inunctionen und 30-tägigen Infusen vollständig ohne Symptome entlassen.	Cura inunctionis. Inf. sarsaparillae.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
8	E. L. A., 39 Jahre, Schuhmachergeselle. Aufg. 15./11. 86. Ausg. 31./12. 86.	Starker Alkoholist.	Bekam vor zwei Monaten 30 Inunctionen bei dem ersten Ausbruch. Kurz nach der Ausschreibung neuer Ausbruch.	Rest von Induration in Praeputium, Adenitis inguinalis et cervicalis; papulo-pustulöse Syphilide über die ganze Haut; ulcerative Syphilide am Kopf und an den Unterextremitäten, hypertrophirte Papeln bei Anus. Diese Erscheinungen verschwanden nach 44 Inunctionen.	Cura inunctionis.
9	H. C. P., 28 Jahre, Droschkenkutscher. Aufg. 31./1. 88. Ausg. 26./3. 88.	Früher gesund, ist Alkoholist und hat in der letzten Zeit Noth gelitten.	Vor 3 Monaten Schanker, den er selbst behandelte; vor 1 Monat Efflorescenz; keine Behandlung.	Indurirte Cikatrice in Praeputium, ulcerirte Papeln auf dem Penis und bei Anus. Adenitis inguinalis et cervicalis. Im Haargrunde und an den Extremitäten bis 10 Pfenniggrosse mit Schorf bedeckte Ulcerationen; starker Haarausfall; etwas Papelbildung auf den Lippen, Angina. Nach 34 Inunctionen (à 3 Gr.) waren die Erscheinungen geschwunden.	Cura inunctionis.
10	A. W. W., 41 Jahre, separ. Tischlergeselle. Aufg. 22./8. 88. Ausg. 4./1. 89.	Starker Alkoholist.	Bekam vor 2 Monaten ein Geschwür auf dem 3. Finger der linken Hand. Dasselbe wurde auf einem anderen Hospital wiederholte Male ausgeschabt und geätzt. Vor 3 Wochen Efflorescenz über die	Ein granulirender Fingerschanker von der Grösse einer Mark; Adenitis axillaris sin., inguin. cervicalis. Ueber die ganze Haut eine sehr dichte Efflor. von Papeln, Pusteln und Ulcerationen von der Grösse einer Mark und kleiner, zum Theil mit Schorf bedeckt. Auf Präputium und beim Anus einzelne ulcerirte Papeln.	Eisen und Chinin. Sol. form hydrarg. Inf. sarsaparillae.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
			ganze Haut. Hat sich die ganze Zeit sehr schwach gefühlt hat aber doch arbeiten können.	Functionen in Ordnung, klagt nur über Mattheit. Temp. 39—40.1. Bekam Eisen und Chinin und Injectionen von Sol. formamid. hydrargyri. Die Ulcerationen nahmen an Grösse und Anzahl zu, und erst als Inf. sarsaparillae verordnet wurde, hörten die Ausbrüche auf, und die Heilung schritt sehr rasch vorwärts. War bei der Ausschreibung sehr beleibt und von gesundem Aussehen; Pigmentation und Keloidbildung in den Narben.	
11	C. C. P., 23 Jahre, Seemann. Aufg. 22./11. 90. Ausg. 26./1. 91.	Früher gesund.	Vor 8 Monaten in England angesteckt; 10 Tage später Schanker und bedeutende Drüsenanschwellungen in Inguina; diejenige auf der rechten Seite ging in Suppuration und perforirte vor einem Monat. Vor kaum 3 Wochen Effloresc. Hat sich matt und müde gefühlt.	Eine ulcerirte Induration auf der Unterseite des Penis, suppurirende Bubos in der rechten Ingven, Adenitis inguinalis. Ueber die ganze Haut eine sehr reichliche Efflorescenz von Flecken und Papeln; auf den Unterextremitäten und Nates eine Menge grosser mit Schorf bedeckter Syphilide. Alle Symptome schwanden nach 64 Inunctionen (à 3 Gr.).	Cura inunctionis.
12	J. J., 26 Jahre, unverh. Knecht.	Früher gesund, na-	Infection unbekannt, weiss nichts von Primäraffection.	Sehr mager und blass. Temp. 39/38. Ueber die ganze Haut lenticuläre und gruppirte lichenoide	Eisen und Chinin. Cura

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
	Aufg. 28./7. 91. Ausg. 9./11. 91.	mentl. nie früher vener. Krankheiten gehabt.	Vor 5 Wochen sah er Flecke und Ulcerationen auf Crura; im Laufe der letzten 14 Tage ist die Efflorescenz universell geworden. Hat Mattheit und Müdigkeit gefühlt und hat seit dem Beginn der Krankheit 38 Pfd. an Gewicht verloren.	Papeln und eine grosse Menge ulcerativer Syphilide bis zur Grösse einer Mark. Adenitis universalis; oberflächliche Ulcerationen in Fauces. Er bekam Eisen und Chinin, volle Kost und Extraverpflegung, und die meisten Ulcerationen heilten dann im Laufe von 3 Wochen, gleichzeitig schwand das Fieber. Darauf Cura innunctionis, und er wurde mit stark pigmentirten, braunen weichen Narben nach 80 Innunctionen (à 3 Gr.) ausgeschrieben. Das Aussehen hatte sich bedeutend gebessert.	innunctionis.
13	Derselbe Patient. Aufg. 30./1. 92. 23./3. 92.	—	In den letzten 8 Tagen vor der Aufnahme starke Prodrome, Kopfschmerz, Fieber Heiserkeit.	Das Aussehen gut. Sehr ausgebreitete Efflorescenz über die ganze Haut von Papeln und Pusteln; Periostitis der rechten Maxilla sup., Katarrh im Larynx. Zahlreiche zum Theil keloide Cikatr. Bekam 52 Innunctionen (à 3 Gr.) und 21 Mal Inf. sarsaparillae und wurde ohne Symptome entlassen.	Cura innunctionis. Inf. sarsaparillae.
14	Derselbe Patient. Aufg. 30./5. 92. Ausg. 15./8. 92.	—	5 Wochen nach der letzten Ausschreibung kam eine Ulceration im Haargrunde und im Laufe der letzten 8	Ueber die ganze Haut Papeln, Pusteln und grosse Ulcerationen, namentlich im Haargrunde, wo das Haar wegen Narbenbildung dünn ist. Ernährungszustand gut. Nach	Inf. sarsaparillae. Inj. sol. formamid. hydrarg.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
			Tage universelle Effloresc.	69täglichem Gebrauch von Inf. sarsaparillae und 47 Injectionen von Sol. formamid hydrargyri wurde er ohne Symptome entlassen.	
15	Derselbe Patient. Aufg. 6./9. 92. Ausg. 24./10. 92.	—	Gleich nach der letzten Ausschreibung neuer Ausbruch; hat aus Scham über sein Aussehen den grössten Theil der Zeit im Bett zugebracht. Hat wahrscheinlich Noth gelitten.	Abgemagert und blass. Adenitis univers. Sehr reichliche Efflorescenz von Papeln, Pusteln und ulcerativen Syphiliden, letztere besonders im Gesicht. Es wurde verordnet: Baln. russicum täglich und Salicylas hydrargyri in Pillen à 5 Ctgr. (3 pro Tag). Bei der Ausschreibung war alles geschwunden.	Pil. salicyl. hydrarg. Baln. russicum.
16	T. O., 27 Jahre, Commis. Aufg. 24./2. 92. Ausg. 11./4. 92.	Alkoholist.	Vor gut 3 Monaten angesteckt; 3 Wochen nachher 2 Schanker und sehr bald darauf Efflorescenz. Ambulant mit 800 Kalomelpillen und 12 schlecht ausgeführten Inunctionen behandelt. Efflorescenz hatte die ganze Zeit existirt.	2 Indurationen in Sulcus coronar. und auf der Haut des Penis, Adenitis inguinalis et axillaris. Reichliches papulo-pustulöses Syphilid an mehreren Stellen in grossen Gruppen; auf dem Kopfe, am Hals und an den Unterextremitäten eine Menge grosser, mit Schorf bedeckter, ulcerativer Syphilide. Er bekam Inunctionen, welche jedoch bald wegen Erythem ausgesetzt werden mussten; bekam dann Inf. sarsaparillae und Injectionen von Sol. formamid hydrargyri. Nach 30 Infusen, 15 Injectionen und 11 Inunctionen wurde er ohne Symptome entlassen.	Cura inunctionis. Inj. sol. formamid. hydrarg. Inf. sarsaparillae.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
17	J. K., 30 Jahre, Seemann. Aufg. 20./7. 93. Ausg. 18./10. 93.	Früher gesund.	Vor 1 Monat, 14 Tage nach dem letzten Coitus entstand ein Schanker. Vor einigen Tagen secundäre Symptome.	Ulc. induratum praeputii, Bubo inguinalis sin., leichte universelle Adenitis. Auf Truncus und im Gesicht ein papulopustulöses Syphilid, Flecke auf den Armen. Ungefähr 1 Monat nach der Aufnahme, als er eine Zeit lang Inunctionen gebraucht hatte, entstand in mehreren Centren der Papeln nekrotischer Schorf, nach dessen Abstossung grosse Ulcerationen zum Vorschein kamen. Auch auf der hintersten Rachenwand entstand eine Ulceration. Die Cur wurde seponirt, und er bekam Jodkalium und Chinin; darauf heilten die Ulcerationen, weshalb die Schmiercur wieder aufgenommen wurde. Ausgeschrieben ohne Symptome, aber mit Keloidbildung in mehreren Narben. Bekam 40 Inunctionen.	Cura inunctionis. Jodkalium und Chinin.
18	A. S. C., 27 Jahre, Architekt. Aufg. 18./9. 93. Ausg. 9./12. 93.	Alkoholist.	Weiss nichts von Genitalaffection; die Krankheit jedoch kaum mehr als einige Monate alt; vor 2 Monaten entstand Efflorescenz und vor 3 Wochen	Sehr blass, mager und matt. Temp. normal. Universelle Adenitis. Ueberall auf der Haut zeigen sich zahlreiche flache, pigmentirte Narben und auf den Extremitäten viele Ulcerationen, bis 2 Mark gross, lebhaft granulirend oder mit dickem Schorf bedeckt, die grösste nieren-	Chinin. Inf. sarsaparillae. Cura inunctionis.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
			Augenaffection. Keine Behandlung.	förmig. Iritis auf d. linken Auge. Nach mehrere Tage angewendeten grossen Dosen Chinin wurde Inf. sarsaparillae und ca. 3 Wochen nach der Aufnahme gleichzeitig Inunctionen verordnet. Kaum 4 Wochen nach der Aufnahme heilten die Ulcerationen ausserordentlich schnell. Wurde nach 65 Inunctionen (à 3 Gr.) und 20 Infusen ohne Symptome ausgeschrieben. Zunahme an Gewicht 8½ Pfd.	
19	A. R., 22 Jahre, Seemann. Aufg. 25./10. 93. Ausg. 4./12. 93.	Früher gesund.	Weiss nichts von Ansteckung; bekam vor 3 Monaten auf dem Wege nach Grönland Ulcerationen an den Beinen, wurde local vom Capitaine, von einem Arzt in Grönland gegen Scorbut behandelt. Nach und nach kam Efflorescenz über die ganze Haut.	Mager und matt, heftige Kopfschmerzen, Temp. 38.2. Papeln an den Genitalien, universelle Adenitis und eine sehr starke Efflorescenz von Papeln und Pusteln, zum Theil gruppirt, sowie eine Menge grosser Ulcerationen, die meisten mit Schorf bedeckt, einzelne nierenförmig. Es wurde Chinin, Jodkalium und Cura inunctionis verordnet, und nach 40 Curen war alles verschwunden, nur blieben stark pigmentirte Narben zurück.	Chinin. Jodkalium. Cura inunctionis.
20	H. F. J., 22 Jahre, Manufakturist. Aufg. 21./1. 95.	Früher gesund.	Bekam Syphilis vor ½ Jahr, in Schweden von Quacksalbern behandelt. Ist kaum frei von	Indurirte Cikatrice in Präputium, Adenitis inguinalis, axillaris, cervicalis, Papeln am Penis und im Gesicht, sowie über die ganze Haut eine	Cura inunctionis. Inf. sarsaparillae.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
	Ausg. 1./4. 95.		Ausbruch gewesen; die jetzigen Geschwüre sind seiner Meinung nach 1 Monat alt.	zahlreiche Menge grosser ulcerativer, mit Schorf bedeckter Syphilide; Ulcerationen auf beiden Tonsillen und eine Periostitis tibiae dextr. Nach 50 Inunctionen waren alle Symptome mit Ausnahme einer grossen Ulceration auf der hintersten Rachenwand verschwunden; diese scheint sehr spät unter der Cur entstanden zu sein. Nach 16täg. Gebrauch von Inf. sarsaparillae und 16 Injectionen von Sol. formamid. hydrargyri war auch diese geheilt. Später keinen Ausbruch.	Inj. sol. formamid. hydrarg.
21	O. H. O., 24 Jahre, unverh. Arbeitsmann. Aufg. 16./3. 95. Ausg. 20./4. 95.	Alkoholist.	Vor 6 Wochen Schanker, bemerkte vor 14 Tagen Mundaffectionen. Hauteffflorescenz hat er nicht beobachtet.	Grosse indurirte Narbe auf der Haut des Penis; nässende Papeln an den Genitalien und am Anus; Adenitis inguinalis. Ausgebreitetes maculo-papulöses Syphilid und zerstreute grosse Ulcerationen, besonders auf dem Rücken. Papeln auf den Lippen und in der Mundhöhle. Nach 44 Inunctionen (à 3 Gr.) war alles verschwunden.	Cura inunctionis.
22	P. K. J., 30 Jahre, Händler. Aufg. 12./10. 95. Ausg. 22./11. 95.	Alkoholist.	Vor 1 ½ Jahren angesteckt, soll einen gangränosen Schanker gehabt haben. Ambulant mit ca. 100 Schmier-	Ziemlich beleibt und aufgedunsen, alkoholistischer Habitus und Tremor. Tp. normal. Der Urin enthält Albumen und zeigt gekörnte und hyaline Cylinder. Rest von Indu-	Chinin. Inf. sarsaparillae.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
			curen im ersten halben Jahr behandelt, danach starke Abmagerung. Seit Frühling immer Ausbrüche von Papeln, Pusteln und ulcerativen Syphiliden; hat 2200 Sublimatpillen ohne Wirkung gebraucht. Vor 4 Monaten begann eine Nägelaffection.	ration in Präputium, leichte Adenitis universalis. Reichliches papulopustulöses Syphilid und eine Menge ulcerativer Syphilide, besonders an den Unterextremitäten, welche an mehreren Stellen zusammenflossen. Die Nägel waren im Begriffe abzufallen. Die Functionen in Ordnung, guter Appetit. Die Blutuntersuchung ergab normale Verhältnisse. Es wurde Diaeta lactea und Chinin verordnet. Bei dieser Behandlung begannen die Ulcerationen zu heilen; er bekam dann Inf. sarsaparillae und nach 22täg. Behandlung waren fast alle Ulcerationen geheilt; das Aussehen hatte sich bedeutend gebessert, die Nägel waren gut regenerirt, aber der Urin hielt sich unverändert. Wurde auf Wunsch ausgeschrieben, ging in die Provinz, wo er zu Hause war.	
23	W. K., 24 Jahre, Holländischer Matrose. Aufg. 20./8. 95. Ausg. 27./11. 95.	Früher gesund.	Bemerkte die Efflorescenz vor 3 Monaten auf der See; nicht behandelt.	Kräftiges und gesundes Aussehen. Zahlreiche Papeln am Penis und Scrotum. Universelle Adenitis. Ueber die ganze Haut gruppirte Papeln von sehr verschiedener Grösse; ausserdem eine grosse Menge Ulcerationen, zum	Chinin. Cura innunctionis.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
				Theil mit Schorf bedeckt, zahlreiche pigmentirte Narben. Periostitis des rechten Crus. Temp. 38.2. Bei der Behandlung mit Chinin begannen die Ulcerationen zu heilen. Die Temp. fiel, und er nahm 4 Pfd. an Gewicht in 14 Tagen zu. Am 25./9. wurde Chinin seponirt, und er bekam Cura inunctionis. Am 30./10. kamen einzelne neue Ulcerationen an dem rechten Ellbogen und am Nacken; diese heilten unter fortgesetzter Schmiercur bald wieder. Bei der Ausschreibung war alles geheilt, mit glatten, pigmentirten Narben. Er hat im Ganzen 7 Pfd. zugenommen. Hatte 63 Inunctionen bekommen (40 à 3 Gr., 22 à 4 Gr.).	

II. Frauen.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
1	G. E. F., 26 Jahre, verheir. Frau. Aufg. 30./1. 82. Ausg. 14./3. 82.	Früher gesund. 3 Geburten vor 8, 4 und 1 Jahre.	Weiss nichts von der Infection; glaubt, dass der Mann gesund ist. Die Krankheit begann vor 6—7 Wochen. Keine Behandlung.	Im Gesicht, an den Extremitäten und in der Lendenregion grosse Schorfe; sehr grosse Ulcerationen an den Unterextremitäten, welche an mehreren Stellen zusammenfliessen. Adenitis inguinalis, Genitalia sana. Ernährungszustand recht gut, aber hat sich in den letzten Monaten sehr	42 Inunctionen (à 3 Gr.) Jodkalium.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
				matt gefühlt. Wurde bald nach Beginn der Behandlung besser. Wurde ohne Symptome entlassen.	
2	C. L., 51 Jahre, unverh. Aufg. 12./7. 82. Ausg. 27./2. 83.	Früher nie krank. Hat in der letzten Zeit sehr unter ihrer Armuth gelitten.	Die Tochter wird augenblicklich auf dem Hospital gegen Syphilis behandelt. 8 Wochen hat Pat. an Schlingbeschwerden gelitten; vor 8 Tagen brach die Efflorescenz aus.	Auf der ganzen Haut besonders auf dem Kopfe und an den Unterextremitäten sind grosse rupiaförmige Schorfe und Ulcerationen; ausserdem Papeln und Pusteln. Adenitis universalis. Tiefe Ulcerationen auf beiden Seiten in Fauces. Starke Röte und Geschwulst des Aditus laryngis und im Larynx; oberflächliche Ulceration auf dem rechten falschen Stimmband. Ernährungszustand schlecht, ist stumpf und imbecil. Bekam nach 3 Inunctionen starke Stomatitis. Darauf Jodkalium, wonach die Ulcerationen heilten, aber es kamen stets neue. Jodoforminjectionen heilten die alten, aber es entstanden neue, welche etwas kleiner waren als die vorigen. Wieder Jodkalium. Wurde vollständig geheilt, wohlbeleibt und kräftiger ausgeschrieben. Die Untersuchung des Blutes ergab ungefähr normale Verhältnisse.	Jodkalium. 42 Jodoforminject. (à 1 $^{1}/_{2}$ Gr.) Jodkalium.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
3	Dieselbe Patientin. Aufg. 4./8. 83. Ausg. 25./9. 83.	—	—	Grosse ulcerative Syphilide, Ulcerationen in Fauces, periostales Geschwulst der Finger und Zehen. Ernährungszustand besser als zuletzt. Die Ulcerationen heilten recht schnell. Die Periostiten schwanden langsam.	16 Injectionen von Sol. form. hydrarg. Jodkalium.
4	L. L., 54 Jahre, verheir. Aufg. 22./9. 83. Ausg. 23./12. 83.	Stets schwach und mager.	Vom Mann angesteckt; bemerkte die Krankheit vor 4—5 Wochen und hat seitdem das Bett hüten müssen.	Gangränöse Ulcerationen längs den Rändern der Labia majora; Flecke, Papeln, Pusteln, Schorf und Ulcerationen in grosser Menge auf der ganzen Haut. Tiefe Ulcerationen rechts in Fauces, Adenitis universalis. Sie ist sehr debil und anämisch. Tp. 39.1-38 Nach Beginn der Behandlung kamen keine Ulcerationen mehr, aber die Heilung schritt langsam vorwärts und die Kräfte nahmen langsam zu. Wurde ohne Symptome entlassen.	Emplastr. hydrarg. über den ganzen Rücken. Jodkalium.
5	N. O., 17 Jahre, unverh. Aufg. 27./4. 84. Ausg. 10./3. 85.	Früher gesund.	1 Monat vor der Aufnahme erster Ausbruch von Syphilis, mit 6 Injectionen von Sol. formamid hydrarg. behandelt. Hat jetzt seit 10 Tagen Efflorescenz gemerkt.	Papeln, Pusteln und Ulcerationen im Haargrunde und im Gesicht reichlicher; weniger auf Truncus und an den Extremitäten. Einzelne Papeln in Fauces, Adenitis universalis Trotz der Behandlung kamen immer neue Ausbrüche von orbiculaten	Inj. sol. formamid. hydrarg. (in 3 Repr. im ganzen 51). 25 Inunct. (à 3 Gr.). Jodkalium.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
				Papeln, Pusteln und Ulcerationen. Sie hatte auch Gonorrhoe, und es entstand eine Salpingitis auf der rechten Seite mit sehr hohem Fieber; unter diesem neuen Ausbruch von Ulcerationen heftige Kopfschmerzen, acute Abmagerung und Mattigkeit Erst nach einer sehr ernsten Erysipelas capitis welche 8 Tage dauerte, begannen die Ulcerationen zu heilen und jetzt wurde sie ausserordentlich schnell besser. Das Aussehen besserte sich, sie nahm an Gewicht und Kräften zu, nach 10 monatlicher Unterbrechung fanden sich die Menses wieder ein; nach 317tägiger Behandlung wurde sie in gutem Ernährungszustand, mit stark pigmentirten Narben und reichlicher Leucoderma entlassen.	
6	Dieselbe Patientin. Aufg. 17./4. 85. Ausg. 3./5. 85.	—	—	Sehr reichliche Efflorescenz von Papeln über die ganze Haut, ulcerative Syphilide im Haargrunde, Iritis dextr. Ernährungszustand gut. Alle Symptome schwanden sehr schnell.	15 Inject. von Inj. sol. formamid. hydrarg.
7	A. A. B., 19 Jahre, Fabrik-	Früher stets gesund	Vor 3 Monaten angesteckt, von einem Homöo-	Blass und mager. Auf der ganzen Haut, auch im Haargrunde und im	Sol. formamid. hydrarg.

Nr.	Alter und Stellung. Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
	arbeiterin Aufg. 20./10. 84. Ausg. 26./4. 85.	Hat unter kleinen Verhältnissen bei schwerer Arbeit gelebt.	pathen behandelt.	Gesicht reichliche Efflorescenz von abschuppenden Papeln und mit Schorf bedeckte Ulcerationen. Adenitis inguinalis. Bekam Inj. sol. formamid. hydrarg. ohne besonderen Erfolg; es entstanden neue Pusteln und Ulcerationen, namentlich eine grosse auf Septum mobile narum, welche das ganze zu destruiren drohte. Nach 36 Injectionen begann sie mit Inf. sarsaparillae und Pil. Blancardi. Die Ulcerationen heilten jetzt schnell und es kamen keine neuen Ausbrüche. Nach 66tägigem Gebrauch von Infus vollständig geheilt ausgeschrieben, die Nasenspitze war aber durch die Narbenbildung nach unten gezogen. Gesundes Aussehen, wohlbeleibt u. kräftig.	Inf. sarsaparillae. Pil. Blancardi.
8	O. T. H., 37 Jahre, verheir. Frau. Aufg. 4./7. 85. Ausg. 15./8. 85.	Früher gesund.	Der Mann wurde im vorigen Jahr gegen Syphilis behandelt. Weiss nicht das Datum der Infection. In den letzten Monaten ist sie sehr abgefallen, hat Diarrhöe u. Kopfschmer-	Blass und mager. Genitalia ext. et interna sana. Adenitis inguinalis et cervicalis. Im Gesicht, auf Truncus und an den Extremitäten reichliche Efflorescenz von Pusteln und mit Schorf bedeckten Ulcerationen. Es wurde Cura inunctionis (à 3 Gr.) ordinirt, aber nach 27 Einreibungen	Cura inunctionis. Inf. sarsaparillae.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
			zen gehabt. Seit 3 Wochen Efflorescenz. Kam von einer medicinischen Abtheilung, wo sie 14 Tage gelegen hat; hier hatte sie Albuminurie, welche mit den Kopfschmerzen durch die Behandlung mit Jodkalium schwanden.	kamen noch neue Pusteln, und die Ulcerationen zeigten keine Tendenz zur Heilung, weshalb sie ausserdem Inf. sarsaparillae bekam. Nach 43 Inunctionen und 13 Infusen war die Efflorescenz verschwunden, hinterliess aber dunkel pigmentirte Narben.	
9	E. J., 41 Jahre, Witwe. Aufg. 6./1. 86. Ausg. 18./2. 86.	Inveterirte Alkoholistin.	Weiss nichts von Ansteckung, bemerkte die Papeln an den Genitalien erst vor 3 Monaten. Keine Behandlung.	Hypertrophirte und ulcerirte Papeln auf Labia majora. Grosse Ulcerationen an beiden Unterextremitäten, 5 Pfennig-grosse Papeln in beiden Plantae. Die Affectionen schwanden nach 41 Inunctionen (à 3 Gr.)	Cura innunctionis.
10	C. P., 26 Jahre, verheir. Frau. Aufg. 23./3. 86. Ausg. 11./5. 86.	Früher gesund.	Hat im Laufe des Winters Hunger u. Noth gelitten. Weiss nichts von Infection.	Adenitis universalis, Flecke, gruppirte papel- und pustelförmige Syphilide auf der ganzen Haut, zerstreute bis 5 Francs grosse Ulcerationen auf Truncus und an den Extremitäten, einzelne nierenförmig. Leucoderma colli. Alle Symptome schwanden nach 46 Inunctionen.	Cura innunctionis.
11	S. A. N., 42 Jahre, Separirte	Früher gesund,	Bekam vor 2 Monaten 26 Inunctionen gegen	Im Haargrunde, Gesicht und an den Unterextremitäten sind eine Menge	Cura innunctionis.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
	Frau. Aufg. 31./7. 86. Ausg. 16./9. 86.	aber dem Alkohol stark ergeben.	den ersten Ausbruch der Syphilis; kam wegen Erysipelas auf das Epidemiehospital. Hat seitdem ununterbrochen Ulcerationen gehabt.	grosser mit Schorf bedeckter Ulcerationen; ähnliche Ulcera auf dem linken Labium majus; in der rechten Planta mehrere mit Eiter gefüllte Blasen. Wurde nach 46 Inunctionen (à 3 gr.) gesund entlassen.	
12	S. M., 32 Jahre, Dienstmädchen. Aufg. 8./11. 87. Ausg. 5./4. 88.	Früher gesund, aber mit tubercul. Disposition; zart gebaut, immer blass und mager.	Hat 1 Monat wegen Fieber u. Kopfschmerzen zu Bett gelegen. Vor 14 Tagen kam Efflorescenz.	Sehr anämisch und mager; hustet viel, Temp. 38, 9. Auf Truncus und den Extremitäten eine reichliche Efflorescenz von Papeln, Pusteln und Ulcerationen; auf Labia majora Papelbildung, etwas Haarausfall, Adenitis universalis, Schleimhäute gesund. Dämpfung an beiden Lungenspitzen mit verlängerter Expiration, am stärksten auf der rechten Seite. Sie bekam Eisen und Chinin. Das Fieber hielt sich am Abend. Jodkalium; danach heilten alle Ulcerationen im Laufe von 14 Tagen. Darauf Cura inunctionis, welche jedoch nach 15 Einreibungen wegen starker Stomatitis seponirt werden musste; danach wieder Jodkalium; unter dieser Behandlung wurde die Temperatur normal, und sie kam zu Kräften.	Eisen und Chinin. Jodkalium. Cura inunctionis. Jodkalium.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
13	Dieselbe Patientin. Aufg. 13./11. 88. Ausg. 26./1. 89.	—	Kann nicht angeben, wann der jetzige Ausbruch gekommen ist; hat lange an Kopfschmerzen und allgemeinem Schwächegefühl gelitten.	Wachsbleich. Papeln im Gesicht und an den Unterextremitäten, Ulcerationen an beiden Crura Papeln in Fauces und leichte Periostitis des Cranium. Temp. etwas erhöht. Die phthisischen Symptome in der letzten Zeit etwas zugenommen. Bekam Eisen und Arsenik. Da die Kopfschmerzen fortdauerten, bekam sie Jodkalium, worauf diese abnahmen und die syphilitischen Symptome schwanden. Ausgeschrieben in bedeutend besserem Ernährungszustand. (Ist später an Tuberculose gestorben, bekam aber kurz vor ihrem Tode tertiäre Symptome.)	Eisen und Arsenik. Jodkalium.
14	C. P., 41 Jahre, Separirte Frau. Aufg. 15./2. 88. Ausg. 3./4. 88.	Alkoholistin.	Weiss nichts von Ansteckung. Die Krankheit begann vor Monaten mit Efflorescenz an den Unterextremitäten; später auf der ganzen Haut. Keine Behandlung.	Mittelmässiger Ernährungszustand. Auf der ganzen Haut Flecke, Papeln, Pusteln und Ulcerationen; starker Haarausfall. Adenitis inguinalis et cervicalis. Genitalia sana. Nach 47 Inunctionen (à 3 Gr.) waren alle Symptome geschwunden.	Cura inunctionis.
15	A. M. M., 25 Jahre, unvereh. Dienstmädchen.	Hat immer an chloroanämi-	Vor 6 Wochen Geschwür auf der Oberlippe; in den letzten 3 Wochen Fe-	Indurirter Schanker auf der Mitte der Oberlippe. Papeln im Umfang. Adenitis submaxillaris dextr. Adenitis universalis. Sehr	Cura inunctionis.

Nr.	Alter und Stellung, Aufenthalt im Hospital	Früherer Gesundheitszustand	Anamnese, Infection	Symptome und Verlauf	Behandlung
	Aufg. 17./8. 89. Ausg. 10./10. 89.	schen Symptomen gelitten.	brilia und Kopfschmerzen; soll stark abgefallen sein.	reichliche Efflorescenz auf der ganzen Haut von ulcerativen, mit Schorf bedeckten Syphiliden; Pusteln und Bullae in Plantae. Nach 53 Innunctionen (à 3 gr.) waren alle Symptome geschwunden. Etwas Infiltration in der Narbe auf der Oberlippe. Sehr reichliche Leucoderma am Halse, den Schultern und unten an den Seiten des Truncus.	
16	B. S. C., 26 Jahre, unvereh. Dienstmädchen. Aufg. 3./11. 92. Ausg. 4./2. 93.	Früher gesund.	Leugnet Coitus im letzten halben Jahr. Vor 2 Monaten Ausschlag im Gesicht; derselbe schwand spontar. Jetzige Efflorescenz hat einen Monat bestanden. Keine Behandlung.	Es zeigt sich eine sehr reichliche Efflorescenz auf der ganzen Haut, theils von sehr grossen abschuppenden Papeln, theils von lichenoiden Papeln in Gruppen; gleichzeitig eine Menge grosser, mit Schorf bedeckter Ulcerationen am Haargrunde und an den Unterextremitäten.	Cura inunctionis. Inf. sarsaparillae.

Auf Labia majora hypertrophirte zum Theil ulcerirte Papeln; in Fauces, an der Zungenwurzel und beim Aditus laryngis reichliche Papelbildung. Haarausfall und Adenitis universalis. Verordnet wurde Cura inunctionis (à 3 Gr.) aber da die Efflorescenz nach 46 Einreibungen nicht besonders verändert wurde, und da neue Papeln hervorkamen, bekam sie Inf. sarsaparillae. Sie wurde ohne Symptome, mit stark pigmentirten Narben und einem Leucoderma nach 62 Inunctionen und 32tägigem Gebrauch von Infus entlassen.

Literatur.

1. Rayer. Traité théorique et pratique des maladies de la peau. Paris 1835. — 2. Bazin. Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau. Paris 1865. — 3. Lancereaux. Traité historique et pratique de la syphilis. Paris 1866. — 4. Melchior Robert. Nouveau traité des maladies vénériennes. Paris 1861. — 5. Dubuc. Des syphilides malignes précoces. Thèse de Paris 1864. — 6. Guibout. Leçons cliniques sur les maladies de la peau. Paris 1876. — 7. Boeck. Erfaringer over Syphilis. Christiania 1875. — 8. Mauriac. Leçons sur les maladies vénériennes. Paris 1883. — 9. Jullien. Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1886. — 10. Lang. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1884—86. — 11. Kopp. Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Berlin 1889. — 12. Joseph. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1894. — 13. Ricord. Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1838. — 14. Ricord. Lettres sur la syphilis. Paris 1851. — 15. N. Holm. Om tidligt optraedende ulcerative Syphilider. Nord. med. Archiv 1881. — 16. Ory. Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces. Paris 1876. — 17. Krowczynski. Syphilis maligna. Vierteljahrsschrift für Dermatol. und Syphilis. 1880. — 18. Edm. Lesser. Ueber Syphilis maligna. Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis. 1882. — 19. Gougenheim. Syphilis maligne précoce. Annales de dermatolog. et de syphil. 1881. — 20. Quinquaud & Ullmann. Etude clinique sur la syph. des vieillards. Annal. de dermat. et de syph. 1881. — 21. Morel-Lavallée. Pronostic et formes graves de la syphilis. Gazette des hôpit. 1888. Nr. 118. — 22. Baudouin. Contribution à l'étude des syphilis graves précoces. Paris 1889. — 23. Brousse. Un cas de syphilis maligne précoce. Annales de dermat. et de syph. 1891. — 24. Moreira. Etiologia da syph. mal. précoce. Bahia 1891. Ref. i Annales de dermat. et de syph. 1893. — 25. Fournier. Des facteurs de gravité de la syphilis. La semaine médicale 1886. — 26. Kopp. Ueber Syphilis maligna. Münchener med. Wochenschr. Nr. 42—43. 1887. — 27. Roussel. A case of malignant syphilis resulting in death. Medical News. Bd. 52, Nr. 20. 1893. — 28. Nobl. Verhandl. d. Wiener dermat. Gesellschaft, 17. Oct. 1894. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894. — 29. Neisser. Deutsche med. Wochenschr. 1884. — 30. Ziehl. Deutsche medic. Wochenschr. 1884. — 31. Franz Iven. Ueber maligne Syphilis. Dissertation. Bonn 1890. — 32. Bäumler. Syphilis. Ziemssen's Handbuch. Leipzig 1876. — 33. Hardy. Syphilide maligne précoce. Gaz. des hôpit. 1876. Nr. 56. — 34. Besnier. De la syphilis secondaire anomale ou maligne. Gaz. de Hôpit. 1878. Nr. 102—103. — 35. Carmichaël. Beobachtungen über Zufälle und specifische Unterschiede der vener. Krankheiten. Leipzig 1819. — 36. Fournier. Pronostic de la syphilis issue de chancres extragénitaux. Semaine méd. 1895. Nr. 60. — 37. Magnus Möller. Hygiea. Sept. 1896.

Bemerkungen zu K. Herxheimer's Aufsatz: „Ueber multiple Gummen im Frühstadium der Syphilis."

Von

Dr. **J. Fabry** in Dortmund.

Herxheimer hat in seiner Arbeit: „Ueber multiple subcutane Gummen im Frühstadium der Syphilis" meiner Publication: „Ueber einen Mischfall von Lues und Tuberculose in seltener Localisation" wiederholt Erwähnung gethan; jedoch kann ich die meiner Auffassung gewordene Kritik, wie ich sie dort lese, nicht ganz ohne Widerspruch lassen.

Ich brauche wohl kaum zu erwähnen, dass die Ermittelungen Jadassohn's über das Vorkommen von Tubelknötchen und Riesenzellen auch bei sicher syphilitischen Producten aus dem Jahre 1894 bei meiner Arbeit, deren Beobachtung aus dem Jahre 1892 und Publication aus dem Jahre 1893 datirt, von mir nicht verwerthet werden konnten. Auch ich würde heute nach den jüngsten Feststellungen über die Zugehörigkeit des Tuberkels und der Riesenzellen zu den verschiedensten pathologischen Geweben, besonders aber zu luetischen Producten die Deutung meines Falles dahin variiren, dass in erster Linie wegen des nicht gelungenen Nachweises von Tuberkelbacillen in dem probeexcidirten Stück meine Diagnose: gemischt tuberculös und luetisches Geschwür des Präputium eine zweifelhafte sein müsse; erwähnenswert blieb dann immer das Vorkommen echter Tuberkelknötchen auch bei diesem Falle gummöser Lues, der dem spättertiären Stadium angehört.

Also über diesen Punkt der Verwerthung des histologischen Befundes des Tuberkels und der Riesenzelle bin auch ich heute mit Herxheimer einer Meinung, aber vor den Untersuchungen Jadassohn's war ich noch berechtigt, aus dem Vorhandensein des Tuberkels auf Tuberculose zu schliessen und auch heute noch wird man trotzdem bei gleichem pathologisch anatomischen Befund an Lues sowohl wie an Tuberculose denken können und sich dann allerdings umsehen müssen nach Daten, die ex adjuvantibus zu der einen oder anderen Diagnose hindeuten.

Was mich veranlasst zu dieser Frage das Wort zu ergreifen, ist der Passus der Herxheimer'schen Arbeit über meine Schlüsse aus der Wirkungslosigkeit des Jodkalium einerseits und der schliesslichen Heilung durch Quecksilberunctionen andererseits in dem von mir beobachteten und publicirten Falle.

Siehe hierüber Seite 390 der Herxheimer'schen Arbeit. Auch mir war natürlich die Thatsache der gelegentlichen Wirkungslosigkeit des Jodkalium bei gummösen Geschwüren aus manchen eigenen Beobachtungen bekannt, aber ich glaube auch dem erfahrensten Syphilidologen wird es zu denken geben, wenn diese Abweichung von der Regel, die doch immerhin selten ist, sich ihm beim concreten Fall ereignet. Ich nun für meine Person habe in meinem Falle, wie in meiner Arbeit zu lesen ist, zuerst nach dem klinischen Befunde allein wegen des auffallend infiltrirten Randes der Geschwüre zuerst an Carcinom natürlich auf luetischer Basis gedacht, diese Diagnose dann später fallen gelassen, als die mikroskopischen Schnitte zahlreiche Tuberkelknötchen aufwiesen.

Was mich also stutzig machte, war weniger das Nichteinschlagen der Jodkaliumtherapie — Jodkalium hatte ja sogar eine vorübergehende oberflächliche Heilung erzielt — sondern der Umstand, dass ohne Anwendung örtlich irritirender Mittel wie etwa Carbolsäure oder Höllenstein in Substanz der Charakter der Geschwüre sich geändert hatte, indem der Grund und die Ränder hart geworden waren; was mich nun in erster Linie interessirte zu erfahren, war, wie ich das ausdrücklich in meiner Krankengeschichte gesagt, ob nicht doch eine carci-

nomatöse Umwandlung vorliege, bei der sich nicht etwa um kurze Zeit sondern Monat um Monat verzögernden Heilung und nur aus diesem Grunde bestand ich immer und immer wieder auf Vornahme einer Probeexcision und einer histologischen Untersuchung.

Als nun nach der mikroskopischen Untersuchung miliare Tuberkel sich vorfanden neben syphilitischen Veränderungen, glaubte ich für meinen Fall, wie ich glaube, mit Recht, in dem Bestehen eines gemischt tuberculösen und luetischen Geschwüres die Erklärung gefunden zu haben. Ich kann im Uebrigen nur auf meine Krankengeschichte verweisen und bin der festen Ueberzeugung, dass der aufmerksame Leser bei Durchsicht meiner kurzen Publication finden wird, dass denn doch nicht die blosse übrigens vorübergehende Wirkungslosigkeit des Jodkaliums von den klinischen Momenten das wichtigste war, das mich bestimmte, meinem Falle eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Ich wiederhole nochmals, dass der Fall, wenn mir die Jadassohn'schen Untersuchungen bekannt gewesen wären, schon damals nicht so bestimmt als Lues mit Tuberculose complicirt hingestellt worden wäre; der Nachweis der Tuberkelbacillen in den Schnitten hätte dann allein die Frage entscheiden können.

Mir war wieder auffallend bei der Wirkungslosigkeit des Jodkaliums die auffallend prompte Wirkung der Quecksilberunctionen, aber nur mit Rücksicht darauf, dass ich mir vom klinischen Standpunkte aus nicht gut denken konnte, dass das Quecksilber auch diese Tuberculose mit heilen sollte, nicht als ob mir nicht bekannt gewesen wäre, dass in manchen Fällen tertiärer Lues mit Unctionen weiter zu kommen ist wie mit Jodkalium, in anderen hinwiederum mit combinirter Jodkalium- und Quecksilberbehandlung. Das sind, das gebe ich meinem Collegen Herxheimer gerne zu, tagtägliche Erfahrungen, aber in meinem Falle lagen diese Verhältnisse damals nicht so klipp und klar wegen des vorhergegangenen klinischen Befundes.

Literatur.

1. Herxheimer. Ueber multiple Gummen im Frühstadium der Syphilis nebst Mittheilungen über den diagnostischen Werth des miliaren Tuberkels. Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XXXVII p. 379.

2. Jadassohn. Verhandlungen der Schles. Gesellschaft f. vaterl. Cultur. 1894.

3. Jadassohn. Deutsche med. Wochenschr. 1894. Nr. 10.

4. Fabry. Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. XXV p. 925.

Vereiterung der Leistendrüsen durch den Gonococcus.

Von

Dr. H. Hansteen,

1. Assistent an der dermatologischen Universitätsklinik in Kristiania.

Man darf es jetzt für unzweifelhaft dargethan halten, dass der Gonococcus Neisser im Bindegewebe als Eiterungserreger auftreten kann, dass „die dem Gonoccocus bisher vindicirte Stellung als Erreger specifischer, oberflächlicher Schleimhautentzündungen" nicht mehr haltbar ist, sondern „dass der Gonococcus seinen Platz neben dem Streptococcus und Staphylococcus finden muss" (Finger, Ghon und Schlagenhaufer in Archiv f. D. und S. 1894). In der Litteratur sind mehrere Beobachtungen von Arthritiden und Peritonitiden, auch von periarticulären und anderen Abscessen publicirt worden, die mikroskopisch und culturell, einige auch durch Inoculation auf die menschliche Urethralschleimhaut, als auf einer reinen Gonococceninfection beruhend erwiesen worden sind. (Der in obengenannter Abhandlung beschriebene Fall, Horwitz's Fall: ein Abscess auf der Streckseite eines Fingers. Wertheim's Ovarialabscess u. s. w.)

Eine Entzündung der inguinalen Lymphdrüsen, von einer gonorrhoischen Urethritis hervorgerufen, kommt zwar recht häufig vor, während es doch seltener ist, dass sie zur Vereiterung sich entwickelt. Es ist die allgemeine Auffassung gewesen, dass diese Drüsenvereiterungen durch eine Mischinfection mit pyogenen Strepto- und Staphylococcen hervorgerufen wären, während man den hypothetischen Begriff der „Toxine des Gonoccocus" als Ursache der einfachen, nicht von Eiterbildung

begleiteten Schwellung der Drüsen aufgestellt hat. — Ich habe einen Fall beobachtet, in dem es mir gelungen ist nachzuweisen, dass der Gonococcus allein und direct die Drüsenvereiterung hervorgerufen hat. In einem zweiten beobachteten Falle darf dasselbe als sehr wahrscheinlich bezeichnet werden.

I. 20jähriger Mann, nicht früher an venerischen Krankheiten leidend. 20. October 1896 mit Gonorrhoe inficirt. 10 Tage nach der Infection Schwellung der linken Leistendrüsen. Patient stellte sich 3. 11. 1896 bei mir ein. Er hatte dann eiterigen Ausfluss aus der Urethra, in dem zahlreiche typische Gonococcen in den Eiterzellen nachgewiesen wurden, die durch Gram's Färbemethode entfärbt wurden. Unter der instituirten Behandlung ist die Urethritis bald um so viel zurückgegangen, dass Gonococcen nur sehr spärlich nachgewiesen werden konnten. 16. 11. 1896 war der Bubo fluctuirend, sich als eine ausgebreitete periglanduläre Phlegmone darstellend. Es wurde unter antiseptischen Cautelen eine Incision gemacht und ein wenig Eiter entleert. Im Eiter wurden sehr zahlreiche Diplococcen gefunden, die durch ihre charakteristische Semmelform, ihre Grösse und ihre Anordnung in den Eiterzellen als typische Gonococcen hervortraten; sie wurden durch Gram's Tinctionsmethode entfärbt. — Keine anderen Bakterien wurden im Eiter gefunden. — Leider hatte ich dann kein Cultursubstrat vorhanden und konnte erst am folgenden Tage eine Cultur auf Wertheim's Menschenserumpeptonagar in Petri'schen Schalen anlegen. Die Incisionswunde war indessen durch einen sorgfältig gemachten Verband von steriler Gaze und Watte gedeckt gewesen, so dass eine secundäre Infection der Wunde durch Eiter von der Urethra aus als unmöglich bezeichnet werden darf. — In der Cultur erschienen nach 24 Stunden grauweisse, halb durchscheinende Colonien, die nach 2 Tagen auch bei schwacher Vergrösserung die charakteristischen Kennzeichen der Gonococcencolonien zeigten („geballte Wolken" im Centrum der Colonien). Es zeigte sich, dass sie aus semmelförmigen Diplococcen bestanden, die durch Gram's Methode entfärbt wurden. Neben diesen Colonien erschienen 3 oder 4 dickere, weisse Colonien, die aus Stäbchen bestehend gefunden wurden, und die ich für zufällige Verunreinigungen, bei der Impfung hineingebracht, halte, weil sie nicht dem Impfstrich entlang lagen. Mit den zuerst genannten, aus Gonococcen bestehenden Colonien wurde 20. 11. 1896 die Urethralschleimhaut eines Mannes inficirt; am 5. Tage erschien bei ihm eine floride Urethritis, in dessen Secret nebst anderen Bakterien sehr zahlreiche Diplococcen gefunden wurden, die durch ihre Form, Grösse, ihre Lage in den Eiterzellen und ihre Entfärbbarkeit durch Gram's Methode sich als typische Gonococcen documentirten. Von den Gonococcencolonien der Plattencultur wurde 20. 11. auf Wertheim's Substrat in einem Reagensgläschen geimpft. Doch ist es nicht gelungen, in diesem die Gonococcen in Reincultur zu erhalten, indem in den aufgehenden Colonien eine Verunreinigung mit Streptococcen erschien, die durch

Gram's Methode nur theilweise entfärbt wurden. Deshalb wurde 25. 11. 1896 eine neue Plattencultur in Petri'schen Schalen vom Eiter des Bubo angelegt. Die Wunde war die ganze Zeit mit einem sterilen Gaze-Watte-Verband verbunden gewesen, der jeden Tag von mir selbst gewechselt worden war, und die Secretion von der Urethra war so minimal, dass der Patient sie selbst nicht bemerken konnte, so dass eine secundäre Infection der Wunde von der Urethra aus als ausgeschlossen bezeichnet werden darf. In dieser neuen Cultur erschienen nach 24 Stunden bei 36° C. charakteristische Gonococcencolonien, die semmelförmige, nach Gram's Methode nicht färbbare Diplococcen enthielten. Neben diesen erschienen wie in der ersten Plattencultur 2—3 dickere, weisse, aus Stäbchen bestehende Colonien. Eine Gonococcencolonie wurde auf Wertheim's Substrat in einem Reagensgläschen geimpft, wo ich Gonococcen in vollständiger Reincultur erhielt. Von dieser liessen die Gonococcen sich auf Serumbouillon bei 36° C. züchten (schleierförmiges Häutchen auf der Oberfläche, aus typischen, nach Gram entfärbbaren Diplococcen bestehend). Andere Substrate blieben steril.

II. 30jähriger Mann, nicht früher an venerischen Krankheiten leidend. In die Universitätsklinik 5. 11. 1896 aufgenommen. Herr Professor Boeck hat mir gütig den Fall überlassen. Pat. wurde vor 3 Monaten mit Gonorrhoe inficirt. Nach einiger Zeit trat ein Bubo auf, der sich spontan öffnete, und mit dem er ca. 2 Monate umhergelaufen ist. Er war während der ganzen Krankheit von Aerzten behandelt worden und soll keinen Chanker gehabt haben; eine Spur nach einem geheilten solchen war auch beim Eintritt ins Spital nicht zu sehen. Kein Ausfluss aus der Urethra; im Urin einzelne Fäden, in denen Bakterien nicht nachgewiesen werden konnten. In der rechten Inguinalgegend 3 Fistelöffnungen, die in sehr tiefgehende subcutane Gänge führten. Im aseptisch herausgeholten, sehr spärlichen Eiter wurden in Deckglaspräparaten einige (nicht zahlreiche) Diplococcen von charakteristischer Gonococcenform gefunden, die in den Eiterzellen lagen (bis 4 Paare in je einer Zelle) und durch Gram's Methode entfärbt wurden; nebst diesen in einer einzelnen Zelle ein einziger Diplococcus, der etwas grösser und nicht applanirt war. In Plattenculturen auf Wertheim's Substrat erschienen spärliche Colonien des Aussehens, das als charakteristisch für die Gonococcen gehalten wird, und vereinzelte dicke, weisse Colonien. Die ersten zeigten semmelförmige, sich durch Gram's Methode entfärbende Diplococcen (Gonococcen) und in geringer Menge Streptococcenketten. Die dicken weissen Colonien bestanden aus Stäbchen. Nach Uebertragung einer der ersten, gonococcenhaltigen Colonien auf Serumagar in Reagensgläschen erschienen Colonien, die makroskopisch den Gonococcencolonien täuschend ähnlich waren (ihre Farbe war vielleicht ein bisschen mehr gesättigt weiss), mikroskopisch aber nur durch Gram's Methode färbbare Streptococcen zeigten.

III. Student, vor 3 Monaten mit Gonorrhoe inficirt. Es bildete sich ein Bubo, der sich spontan öffnete. Als Pat. sich bei Herrn Professor Boeck einstellte, hatte er in der einen Inguinalgegend tiefgehende

Fistelgänge. Syphilis und Ulcus molle konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Vom Eiter der Fistel wurden 2 Deckglaspräparate gemacht, die Herr Prof. Boeck mir gütig überlassen hat. Ich fand darin in den Eiterzellen sehr spärliche Diplococcen (gewöhnlich nur ein Paar in je einer Zelle, in einer vereinzelten Zelle 3 Paare), die durch Form und Grösse als typische Gonococcen hervortraten. Andere Bakterien wurden nicht gefunden. Leider hatte ich keine Gelegenheit Controlfärbung nach Gram's Methode zu machen oder Culturen anzulegen, weil Pat. aus Furcht vor chirurgischen Eingriffen sich der weiteren Beobachtung entzog. Der Fall hat deshalb zwar keinen beweisenden Werth, verdient jedoch in Verbindung mit den zwei voranstehenden genannt zu werden.

In dem ersten dieser Fälle ist es mit Sicherheit nachgewiesen worden, dass der vereiternde Bubo virulente Gonococcen und keine anderen pyogenen Bakterien enthielt, indem ich die in der zweiten Generation der ersten Culturserie auftretenden Streptococcen für eine zufällige Verunreinigung der Cultur halte, weil sie nicht in der ersten Generation (der Plattencultur) nachgewiesen werden konnten, nicht in den Deckglaspräparaten des Eiters und nicht in der zweiten Culturserie. — Vom Bubo Nr. 2 ist es mir freilich nicht gelungen, die Gonococcen in Reincultur zu erhalten, und eine menschliche Urethralschleimhaut, auf der ich die Identität der in der Cultur aufgehenden Colonien feststellen konnte, ist mir nicht zur Disposition gewesen; aber die Form und Anordnung sammt Tinctionseigenschaften der Bakterien im Eiter und der makro- und mikroskopische Befund in der Plattencultur leisten doch den genügenden Beweis dafür, dass die im Bubo gefundenen Diplococcen wirklich Gonococcen gewesen sind. Mit Berücksichtigung ihrer relativen Menge den anderen in den Deckglaspräparaten des Eiters gefundenen Bakterien gegenüber (einem einzigen Diplococcenpaar) darf ich es vielleicht auch als wahrscheinlich bezeichnen, dass der Bubo durch die Gonococcen hervorgerufen worden ist.

Mittheilung aus dem Privat-Laboratorium des Hrn. Doc. Dr. Ehrmann in Wien.

Beitrag zur Kenntniss der elastischen Fasern und ihres Verhältnisses zu den Lymphgefässen der Haut.

Von

Dr. **Cornelius Beck,**

gew. Assistenten am pathol.-histol. Institute der Universität zu Budapest.

Seitdem wir zur Darstellung der elastischen Fasern über eine so ausgezeichnete Methode verfügen, wie das Taenzer-Unna'sche Färbungsverfahren, haben sich unsere Kenntnisse bezüglich der Topographie des elastischen Gewebes in der Haut sehr vermehrt. Wir haben nicht nur über die Vertheilung dieser Fasern unter physiologischen Verhältnissen, nach bestimmten mechanischen Gesetzen, einen viel klareren Begriff, als selbst noch vor 3—4 Jahren; wir besitzen auch schon mehrere Angaben über deren Veränderungen bei einigen krankhaften Zuständen der Haut. Das Feststellen der normalen anatomischen Verhältnisse haben wir — nach Balzer und Unna — besonders den Arbeiten von Zenthöffer, Behrens, Sederholm und Secchi zu verdanken, welche Autoren ziemlich übereinstimmende Resultate erhielten, während zur Kenntniss der pathologischen Veränderungen Guttentag, Du Mesnil, Kromayer, Krösing und Passarge werthvolle Beiträge lieferten. Ausser diesen ausschliesslich die elastischen Fasern der Haut behandelnden Werken finden wir noch in anderen Arbeiten einzelne Angaben über dieselben. Trotzdem aber in einer verhältnissmässig kurzen Zeit eine ziemlich ansehnliche Literatur über elastische Fasern der Haut entstanden ist, müssen wir doch Secchi beistimmen, wenn er in seiner Abhandlung gelegentlich der Besprechung der Sederholm'schen Arbeit behauptet, dass: „Auch Seder-

holm uns nur allgemeine Anschauungen gegeben hat, und sein Fehler besteht gleichfalls in Mangel an Einzelnheiten, welche ich bei einer topographischen Arbeit für nothwendig erachte."

Eben deshalb wird man es vielleicht für keine gänzlich überflüssige Mühe erachten, wenn wir eine Beobachtung kurz mittheilen, welche wir bei Gelegenheit einer ursprünglich aus anderem Grunde unternommenen Untersuchung über das Verhältniss der elastischen Fasern zu den Lymphgefässen des Präputiums machten.

Ehrmann hat in einer Arbeit über die Lymphgefässe der männlichen Genitalien dargelegt, dass die gröberen Lymphgefässe der Penishaut von einem reichen Blutgefäss-Capillarnetz umsponnen sind; auch ist es ihm an Schnitten von Initialsclerosen des Präputiums aufgefallen, dass während „die Lagerung der Lymphgefässe innerhalb der derbsclerosirten Partie nichts Charakteristisches zeigte, unterhalb der sclerosirten Partie zeigten sich Lymphgefässe von Rundzelleninfiltrat eingehüllt, in welchem das Capillarnetz der sie umspinnenden Blutgefässe eingebettet war. Auch die gröberen Lymphgefässe, welche schon ausserhalb des sclerosirten Gewebes verliefen, waren von einer scharf begrenzten Schichte Granulationsgewebe umgeben, in welcher das sie umspinnende Capillarnetz verlief".

Nichts ist leichter, als sich von der Richtigkeit dieser Beobachtung zu überzeugen. Ein ähnliches Verhalten haben wir bei derjenigen Gewebsveränderung des Präputiums beobachten können, welche man mit dem Namen Oedema indurativum bezeichnet. Wir wollten diese in Begleitung des syphilitischen Primäraffectes oder von secundären Läsionen am Präputium oder Scrotum bezüglicherweise an den grossen oder kleinen Labien manchmal auftretende und mikroskopisch unseres Wissens nur durch Finger und durch Mracek untersuchte Gewebsveränderung bezüglich ihrer Aetiologie und histologischen Structur näher studiren. Da wir aber unsere Untersuchungen aus äusseren Gründen nicht zum Abschluss bringen konnten, werden wir von jedweder Beschreibung unserer diesbezüglichen und sehr unvollständigen Be-

obachtungen Abstand nehmen und uns nur auf die Wiedergabe der im Titel unseres Aufsatzes bezeichneten Verhältnisse beschränken.

Die mittelgrossen Lymphgefässe des die genannte krankhafte Veränderung zeigenden Präputiums, welche in der Pars reticularis cutis und in der Subcutis verlaufen, sind äusserst erweitert; auf Querschnitten stellen sie sich als klaffende, mehr oder weniger kreisförmige Oeffnungen dar. Alle sind von einer scharf umschriebenen Masse eines Zellinfiltrates oder richtiger eines Plasmomgewebes (Unna) umgeben, in welchem die Lymphgefässe selbst zumeist excentrisch liegen, in der Weise, dass die grösste Zahl der Zellen auf einer Seite der Lymphgefässwandung angehäuft ist, und dieselbe zumeist ein wenig einstülpt. Dieser umgebende Zellenmantel besteht fast ausschliesslich aus Plasmazellen, und es sind darin einzelne quergeschnittene Aeste des das Lymphgefäss umspinnenden Blutcapillarnetzes wahrnehmbar. Man kann diese Plasmazellenhaufen schon makroskopisch erkennen. Man sieht z. B. an einem mit Pikrocarmin tingirten Schnitte roth gefärbte Pünktchen und Streifchen — je nachdem das Lymphgefäss und der umgebende Zellenmantel quer oder der Länge nach geschnitten wurde — im gelb gefärbten Bindegewebe. An Präparaten, die mit der Taenzer-Unna'schen Orceinfärbung hergestellt wurden, fällt es schon bei schwacher Vergrösserung auf den ersten Blick auf, dass das Lymphgefäss, der umgebende Zellhaufen **und die darin befindlichen Blutcapillaren von einer gemeinsamen** aus elastischen Fasern gebildeten Hülle umgeben sind.

Obwohl wir diese unsere Beobachtung an einem pathologisch veränderten Präputium gemacht haben, so folgt doch natürlicher Weise aus ihr, dass auch bei normaler Structur das Verhältniss der elastischen Fasern zu den Lymphgefässen des Präputiums und höchst wahrscheinlich auch zu denen der Penis-Haut ein ähnliches ist. Diese elastische Hülle, welche also die Lymphgefässe mit ihrem Blutcapillarnetz einschliesst, glauben wir als ein Analogon, jener elastischen Fasersysteme bezeichnen zu können, welches sich in der Adventitia der

Blutgefässe befindet. Die Pars reticularis cutis, deren elastischer Fasergehalt nach den verschiedenen Körperregionen sehr verschieden ist, besitzt in der Präputialhaut — wie es schon Zenthöffer nachgewiesen hat — ein auffallend reiches elastisches Netz. Die elastischen Fasern, welche die Lymphgefässe und das ihnen angehörige Capillarnetz einschliessen, sind von mittlerer Dicke, und sind theils in Ringfasern geordnet, theils laufen sie parallel mit der Längsaxe der Lymphgefässe, ohne jedoch eine selbständige Ringfaser- und Längsfaserschichte zu bilden. Die in zweierlei Richtungen verlaufenden Fasern — unter denen jedoch, wie es uns scheint, die Ringfasern sich in der Mehrzahl befinden — verbinden sich untereinander, und bilden nur eine Hülle, welche im Stande ist, grossem Drucke Widerstand zu leisten. Das wird dadurch bewiesen, dass dieser elastische Schlauch nur ausnahmsweise von der das Lymphgefäss umgebenden Plasmazellenmenge durchbrochen wird. Die Fasern der gemeinschaftlichen elastischen Hülle nehmen ihren Ursprung zum grössten Theil aus dem reichen elastischen Netz des Stratum reticulare corii, und nur in geringerem Masse aus den in den tieferen Coriumschichten liegenden dickeren aber spärlicheren elastischen Fasern, welche mit der Oberfläche der Haut parallel verlaufen.

Die Folgerungen, welche man aus der geschilderten Anordnung der elastischen Fasern ziehen kann, liegen ganz klar zu Tage. Ohne uns in weitläufige theoretische Auseinandersetzungen einzulassen, bemerken wir kurz, dass es uns sehr wahrscheinlich dünkt, dass diese elastische Fasern unter physiologischen Verhältnissen eine hervorragende Rolle in der Regelung der Lymphgefässlumina spielen, und dass sie eine noch wichtigere Aufgabe bei pathologischen Processen zu erfüllen haben, namentlich bei solchen, bei welchen das pathogene Virus auf dem Wege der Lymphbahnen fortschreitet, wie z. B. bei Syphilis. Wie es scheint, verhindert diese elastische Hülle nicht nur die Ausdehnung der Lymphgefässe über einen gewissen Grad hinaus, sondern sie stellt auch der durch das syphilitische Gift angeregten Zellauswanderung respective Bindegewebs-Neubildung ein Hinderniss entgegen.

Aus der kaiserl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten des Herrn Prof. Dr. A. Wolff in Strassburg.

Aetiologie und Pathogenese der Psoriasis.

Von

Dr. **Martin Kuznitzky** — Köln a. Rh.

Vormals I. Assistenzarzt der Klinik.

(Hierzu Taf. XII.)

Auf der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte habe ich bereits ganz kurz über einen Fall von Psoriasis unilateralis berichtet, der, wie ich glaube, in seiner Eindeutigkeit geeignet ist, die Ansichten über das Wesen dieser Dermatose zu klären.

Den folgenden Ausführungen über Aetiologie und Pathogenese der Psoriasis sei die Krankengeschichte unseres Patienten nochmals vorangestellt:

Im April 1894 kam zur poliklinischen Consultation in die Strassburger dermatologische Universitätsklinik der 20jährige Metzgergeselle Karl D... behaftet mit einer typischen Psoriasis nummularis. Sitz und ungefähres Grössenverhältniss der einzelnen Efflorescenzen ist auf Tafel XII angegeben. Es ist aus derselben zu ersehen, dass die Affection streng halbseitig localisirt war, und dass die Mittellinie des Körpers nur an zwei Stellen auf dem behaarten Kopf um einen kaum nennenswerthen Betrag (1—2 Cm.) überschritten wurde.

Karl D..., der vorher nie an Psoriasis gelitten, und in dessen Familie ein ähnlicher Ausschlag ebenfalls nie vorgekommen sein soll, machte folgende interessante Angaben: Im December 1893 schnitt er sich in der Metzgerei mit einem Wiegemesser in den rechten Daumen etwas centralwärts vom Phalango-Metacarpalgelenk. Der Schnitt reichte von der Dorsal- über die Radial- auf die Volarseite hinüber und ging bis auf den Knochen. Allein es wurde weder Motilität, noch Sensibilität geschädigt. — Ungefähr 5 Wochen nach der Verletzung (Anfang Februar 1894), nachdem die Wunde, die nicht genäht worden, vernarbt war, bemerkte Pat. an der Beugeseite des rechten Unterarmes, etwas oberhalb des Handgelenkes, einen ganz kleinen rothen Fleck, der sich bald noch ausdehnte, etwa bis auf Bohnengrösse, und sich allmälig mit weissen, glänzenden Schuppen bedeckte. Im Laufe des Monats Februar bis Anfang März entwickelten sich dann rasch nacheinander und ausschliesslich auf der rechten Körperhälfte die übrigen Efflorescenzen, und zwar in der Reihenfolge: Unterarm, Oberarm, Kopf, Achsel, Brust, Rücken, Flanke, Hinterbacke, Oberschenkel. — Patient ist mittelgross, hat kräftigen Knochenbau, sehr gut entwickelte Muskeln, wenig Fett. Die vegetativen Functionen sind normal. An Brust- und Abdominalorganen lässt sich etwas Pathologisches nicht nachweisen. Die Narbe der Schnittwunde am rechten Daumen ist circa 5 Cm. lang und stellenweise über $^1/_2$ Cm. breit. Sie ist frei von Psoriasisefflorescenzen geblieben. — Karl D... leistet zur Zeit (September 1896) bei einem Infanterie-Regimente seiner Dienstpflicht Genüge.

Es scheint sich also zunächst hier wieder zu bestätigen, was Hebra im Jahre 1872, gestützt auf eine Beobachtung von etwa 2000 Psoriasisfällen, folgendermassen ausdrückte:[1]) Er habe nie einen Fall von Psoriasis gesehen, bei welchen man auf ein besonderes Ergriffensein eines anderen Organes einen sicheren Schluss hätte ziehen können, wo also Krankheiten der Leber, der Milz, der Lunge, des Herzens, oder anderer innerer Organe nachweisbar gewesen wären, „so dass man mit grosser Wahrscheinlichkeit voraussetzen kann, dass die Psoriasis intactis reliquis corporis partibus verlaufe". Man darf diese so vorsichtig formulirte Aeusserung doch gewiss nicht apodiktisch nennen, und trotzdem wird es seit Hebra als Axiom angesehen, dass Psoriasis-„Kranke" sonst eigentlich ganz gesund seien, ja dass Psoriasis überhaupt nur bei Gesunden vorkomme. Schreibt doch Kaposi noch 1893:[2]) „Die Psoriatiker sind durchwegs gesunde, robuste, prächtig sich befindende und aussehende Individuen, und Schwächlinge unter denselben sind gradezu eine Ausnahme." Lang[3]) versteigt sich sogar zu der Behauptung, dass von Psoriasis gerade „die allergesündesten Menschen" befallen zu werden pflegen.

Doch fehlt es nicht an unbeeinflussten, namentlich ausserdeutschen Beobachtern, welche solche Behauptungen auf das richtige Mass zurückzuführen bestrebt sind. Nielsen,[4]) der über 927 Fälle von Psoriasis berichtet, sagt, er habe nicht constatiren können, „dass Psoriasispatienten eine ganz besonders kräftige und gesunde Constitution, oder eine ungewöhnlich schöne Haut hätten, jedenfalls ist diese Angabe von anderen Verfassern übertrieben". Reynold's[5]) constatirt: „Psorasis will occur in those of the most robust constitution as well as the delicate." Noch nachdrücklicher wird dies von Thibierge[6]) betont: „Rien n'est plus variable . . . . que l'état général des sujets atteints de psoriasis: si les uns sont vigoureux, robustes, bien nourris, au point qu'on a pu dire du psoriasis qu'il était le „morbus fortium", d'autres sont maigres, malingres à antécédents lymphatiques, à prédisposition tuberculeuse, sinon en état de tuberculose." — Die der Wiener Schulmeinung conträr entgegengesetzte Ansicht vertritt — unter Anderen — Brissaud:[7]) „il est généralement admis (nämlich in Frankreich) quoi qu'en pense Hebra, que la psoriasis se manifeste de préférence chez les arthritiques". Diese Behauptung ist nun allerdings offenbar ebenfalls übertrieben. Das geht sofort aus den Angaben anderer französischer Autoren hervor. Von ihnen äussert sich Besnier[8]) folgendermassen: „La fréquence du psoriasis arthropathique ne peut encore être fixée numériquement; nous avons donné, comme proportion approximative 5 p. 100, sauf revision."

Es ist nicht anzunehmen, dass Psoriasis, die ja in allen Ländern vorkommt, und deren Einzelefflorescenz meist*) so constante, typische Merkmale zeigt, und zwar in allen Ländern zeigt, dass diese wohl-

*) Allerdings nicht immer: von den Beobachtungen abnormer Psoriasiseruptionen (z. B. durch Kaposi, Mracek u. A.) wird noch weiter unten die Rede sein.

charakterisirte, einheitliche Krankheit in verschiedenen Ländern ein differentes Gesammtbid darbiete. Andererseits ist es selbstverständlich ausgeschlossen, dass von irgend einem wissenschaftlich denkenden Arzte auffällige Constitutionsbefunde wissentlich verschwiegen werden könnten einer herrschenden Ansicht zu Lieb, der sie sich etwa nicht gutwillig anpassen. — Was ist nun aber von diesen unleugbar schroffen Gegensätzen zu halten? Lassen sie sich vielleicht mildern, vielleicht erklären, und dadurch im Grunde beseitigen? — Ich glaube, die Vermittelung liegt nicht so fern. — Vergegenwärtigen wir uns die enorme Umwälzung in der Dermatologie, die mit Hebra's Namen untrennbar verbunden bleibt, den ungeahnten Aufschwung, den unser Fach gewonnen, seit Hebra in Rokitansky'schem Geiste aufräumte mit den verworrenen humoralpathologischen Anschauungen, seit er die äusseren Ursachen bei Dermatonosen würdigen lehrte und durch erstaunliche Erfolge die rationelle äussere Behandlung von Hautkrankheiten inaugurirte — ist es da wunderbar, dass seine Schüler, besonders seine engeren Schüler, mit Zähigkeit an seinen Lehren festhalten, sie in seinem Sinne ausbauen und dabei auch manchmal weiter gehen, als ihr Lehrer selbst? Die von Hebra nur mit Vorsicht ausgesprochene Behauptung, es sei sehr wahrscheinlich, dass Psoriasis intactis reliquis corporis partibus verlaufe, weil sich bei seinen 2000 Fällen Krankheiten der Leber, Milz, Lunge und des Herzens nicht nachweisen liessen, wird von der Wiener Schule zu dem Dogma erhoben, dass Psoriasis nur bei sonst gesunden, ja sogar nur bei den „allergesündesten" Menschen vorkomme. — Diese Lehre, die in mehr weniger nachdrücklicher Weise jahrzehntelang von so erfahrenen und dadurch einflussreichen Männern verkündet wurde, verfehlte natürlich nicht, in succum et sanguinem der heranwachsenden Aerztegenerationen überzugehen.

Und doch ist im Irrthum, wer annimmt, dass Hebra's Psoriatiker die „allergesündesten" Menschen gewesen seien. Hebra sagt ausdrücklich, dass die Psoriasis sich mit jeder inneren oder äusseren Krankheit „combiniren" kann. „So sehen wir in specie Syphilis in allen ihren sogenannten primären und secundären Formen neben Psoriasis verlaufen, ohne dass eine Veränderung im Verlaufe sich fühlbar macht. So kam uns Tuberculose, wenn auch nur in einem Falle, evident vor; so erkrankten andere Psoriatische an Masern, Scharlach, Blattern oder an Krätze, während Fälle von Jchthyosis oder Prurigo gleichzeitig mit Psoriasis mir bisher nicht vorkamen. Eine häufigere Complication sind Neuralgien und Kriebeln in den Fingern und Zehenspitzen, in specie Ischialgie." Hebra hebt hier also ganz ausdrücklich hervor, dass viele seiner Psoratiker an Neuralgien und Ischialgien litten. Unglücklicherweise hat ihn der Zufall unter seinen 2000 Fällen keinen solchen Patienten beobachten lassen, bei dem der enge Nexus mit dem nervösen Element so offen zu Tage getreten wäre, wie es seither aus nicht wenigen Beobachtungen hervorging. Ein einziger Fall, wie

der von Pel (Amsterdam)[9]) publicirte,*) unter Hebra's Patienten hätte ihn stutzig gemacht — und es wäre längst besser um unsere Kenntnisse von der Aetiologie der Psoriasis bestellt gewesen. So aber hielt Hebra die häufigen Neuralgien und Ischialgien seiner Psoriatiker für etwas Accidentelles — und die Psoriasisbeobachtungen seit Hebra liefern wieder einmal den Beweis für die Richtigkeit des Goethe'schen Wortes: „Einer neuen Wahrheit ist nichts so schädlich, als ein alter Irrthum." —

In Verbindung mit der scheinbaren Euphorie einer grossen Procentzahl der Psoriatiker ist noch ein anderer Factor verhängnissvoll geworden für die Richtung, welche die Aetiologie-Forschung der Psoriasis einschlug: Es ist dies die unverkennbare Aehnlichkeit in der Configuration und dem Fortschreiten gewisser Psoriasiseruptionen, nämlich der Psoriasis annularis und gyrata, mit in jeder Hinsicht wohl charakterisirten Dermatomykosen. So wurden denn Pilze gesucht, gefunden und beschrieben. Und trotzdem Emil Ries[10]) 1888 in einer geistvollen kritisch-experimentellen Arbeit den heute allgemein anerkannten Nachweis erbrachte, dass diese „Pilze" Kunstproducte seien, trotzdem ferner neue Psoriasis-Pilze seither von keiner Seite demonstrirt werden konnten, trotzdem endlich so zahlreiche klinische Erfahrungen entgegen stehen, halten noch heutigen Tages Dermatologen, deren Stimme schwer in die Wagschale fällt (ich nenne nur z. B. Neisser,[11]) ihre Ueberzeugung von der mykotischen Grundlage der Psoriasis aufrecht.

Es bedarf wohl kaum des ausdrücklichen Hinweises darauf, wie es zu allen Zeiten auf die unbefangene Beurtheilung, den gedeihlichen Fort-

---

*) Nachdem Pel über einen äusserst interessanten, im Original nachzulesenden Fall von Schrecklähmung berichtet, und ferner darauf hingewiesen, dass nach den Beobachtungen von Hine, Leyden und Brieger, welche die anatomischen Veränderungen post mortem zu constatiren in der Lage waren, in der That Myelitis nach einem Schrecken, oder nach heftigen psychischen Erregungen entstehen kann, bringt er folgende ungemein frappirende Krankengeschichte: „Wie täuschend eine bloss functionelle Störung des Rückenmarks einer Myelitis sein kann, lehrt ein schon früher (Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. Jaargang 1878, p. 437) von mir publicirter Fall von Pseudo-Lateral-Sclerose. Er betraf einen 50jährigen Arbeiter, der seit dem Jahre 1849 in jedem Spätsommer während einiger Monate an Psoriasis universalis erkrankte. Und jedesmal zeigten sich damit zugleich die meist exquisiten Erscheinungen von Lateral-Sclerose: Spastischer Gang, ausserordentlich erhöhte Reflexe, Contracturen, resp. Muskelrigidität etc. Wenn die Psoriasis im Frühling in Heilung überging, verschwanden auch die spastischen Erscheinungen, um mit der Rückkehr der Hautkrankheit wieder zurück zu kommen. In der freien Zwischenperiode ging der Kranke wie ein gesunder Mensch, doch vermochte er kaum einige Schritte zu gehen, wenn er an Psoriasis litt."

schritt der Kenntnisse und in letzter Instanz auf die Lösung offener Fragen hemmend wirkte, wenn bedeutende Männer mit dem ganzen Einfluss ihrer Persönlichkeit eintraten für „Ansichten“ und „Voraussetzungen“, ohne doch giltige Beweise dafür beibringen zu können.

So geht es, glaube ich, auch mit der Frage nach der Aetiologie der Psoriasis. Die „Voraussetzung von der Intactheit der übrigen Organe“ und die „Ansicht von dem mykotischen Ursprunge“ der Psoriasis schliffen die Gläser, durch welche der Psoriatiker betrachtet wurde und wird. — Ich kann es mir nicht versagen, einen Passus des Lang'schen „Versuch einer Beurtheilung der Schuppenflechte nach ihren klinischen Charakteren“ [12]) hier wörtlich anzuführen: „Während wir bei Eczem, Lupus, Urticaria etc. häufig genug allgemeine Ernährungsstörungen oder Erkrankungen einzelner innerer Organe als causae moventes zu constatiren in der Lage sind, fällt es uns bei den Dermatomykosen gar nicht ein, nach einem Zusammenhang in dem Sinne zu suchen. — Selbstverständlich! Denn die Dermatomykosen sind Krankheiten, bedingt durch das Ansiedeln von Pilzen, die ausserhalb des Erkrankten zur Entwicklung gelangten, und die nach ihrer Ansiedlung zwischen den Zellenschichten der Haut und ihrer Anhänge weiter vegetiren.“ — Ich erwähne hier ferner einen Ausspruch Kaposi's, [13]) allerdings nur ein gelegentliches Aperçu bei einer Krankenvorstellung. Allein gerade deshalb wohl sind die Worte nur um so charakteristischer und interessanter: „In der Dermatologie liebt man es nicht, sich mit Anamnesen abzugeben; man lässt sehr gerne das Krankheitsbild auf sich einwirken, weil nur die unmittelbare Beobachtung Befriedigung gewährt.“

Nun wohl, um auf unseren Fall zurückzukommen: Karl D... hat starke Knochen, kräftige Muskeln, guten Appetit, geregelte Verdauung und er beklagte sich über nichts, als über seinen Ausschlag. Die Psoriasisefflorescenzen schwanden vollkommen nach einer ungefähr fünf- bis sechswöchigen poliklinischen Behandlung (Chrysarobin und Liquor Kalii arsenicosi). Jetzt dient Patient in einem Infanterie-Regiment. Ich führe das mit Absicht an, denn unsere Recrutenaushebung ist rigoros: Schwächlinge werden nicht genommen. — Also: Karl D... ist gesund bis auf seine Hautaffection! Ich muss gestehen, dies war damals auch meine Schlussfolgerung. — Die auffallende Halbseitigkeit der Affection regte aber natürlich gebieterisch zu Literaturstudien an, und als ich dann ausserdem später im Hôpital Saint-Louis Gelegenheit hatte, die häufige und frappirende Coïncidenz von Psoriasis mit nervösen Symptomen (den Ischialgien Hebras) und besonders mit Arhropatien*) in un-

*) Deren Eindruck sich ja auch Unna [14]) seiner Zeit nicht entziehen konnte, wie aus folgender Stelle seiner „Pariser Briefe“ hervorgeht: „Besnier demonstirte eine merkwürdige Form von Psoriasis mit Arthropathien. Die betreffende Kranke war bettlägerig und mit starken Contracturen und Gelenkdeformitäten behaftet . . . . . Es handelt sich nicht um eine einfache rheumatische Affection, sondern um eine ganz

zweideutigster Weise zu beobachten, wurde mein Zweifel an der Richtigkeit des Wiener Dogmas „reliquas corporis partes intactas esse“ noch mehr bestärkt. — Der Rückschluss von blühendem Aussehen auf ein absolutes Wohlbefinden liegt ja allerdings sehr nahe — aber es ist ein Trugschluss. Wer hätte nicht Gelegenheit, es in seinem Freundes- oder Bekanntenkreise zu beobachten, dass kräftige, straffe, blühende Menschen, die auf den ferner Stehenden den Eindruck völligen Wohlbefindens machen, durch das Ticken einer Wanduhr, oder z. B. durch das Tropfen nicht völlig zugedrehter Wasserleitungshähne etc. etc. vollständig aus der Fassung gebracht werden können? Es ist eben mit kräftiger Gestalt und blühendem Aussehen, sowie mit normalem Verhalten der gröberen vegetativen Processe sehr wohl eine unter Umständen so hochgradig gesteigerte Erregbarkeit des centralen Nervensystems vereinbar, dass die geringsten Anlässe irgend welcher Art genügen, dies labile Gleichgewicht zu stören und schon offenbar pathologische Zustände zu wecken, die allerdings nicht immer auffällig zu sein, ja, nicht einmal immer subjectiv bewusst zu werden brauchen, die aber trotzdem vorhanden sind und deshalb gesucht sein wollen, um gefunden zu werden.

Die beabsichtigte genauere, speciell elektrodiagnostische Untersuchung unseres Patienten konnte ich nun leider nicht mehr vornehmen, weil, wie schon erwähnt, Karl D... mittlerweile in den Militärdienst eingetreten war. Da Patient Strassburger ist und über kurz oder lang wohl ein neuer Psoriasisausbruch ihn der Klinik wieder zuführen dürfte (er wurde seiner Zeit natürlich darauf aufmerksam gemacht), wird sich aber diese Untersuchung ja nachholen lassen. Auffällige subjective oder objective nervöse Symptome haben jedenfalls zur Zeit der ersten Untersuchung in der Poliklinik nicht bestanden. Patient gab damals an, dass seine Eltern, sowie Geschwister vollkommen gesund seien. Nun wollte ich aber doch selbst diese Angabe controliren, da Patienten dieser Kategorie bekanntlich nicht immer „au courant de leur généalogie pathologique“ sind, wie Brissaurd das treffend ausdrückt.[7])

Ich traf Vater, Mutter und eine Tochter an. Bei Vater und Tochter konnte ich etwas Auffälliges nicht entdecken. Die Mutter unseres Patienten aber muss als eine äusserst nervöse Frau bezeichnet werden. Nach ihrer eigenen Angabe war sie als Kind ungemein schreckhaft und ist es auch heute noch. So versetzt sie, um nur ein Beispiel herauszugreifen, der vorbeiziehende Leichenzug einer ihr völlig unbekannten Person in solche Aufregung, dass sie weint und sich so beklommen fühlt, dass sie sich setzen muss. Ihre Augen sind unstet; sie vermag weder selbst, auch nur kurze Zeit zu fixiren, noch verträgt sie aufmerksames ruhiges Ansehen. Während sie anamnestische Angaben macht und auf diesbezügliche Fragen antwortet, füllen sich ihre Augen leicht mit Thränen; im nächsten Moment schlägt die Stimmung wieder ebenso

---

besondere Gelenkaffection, und auch der Charakter dieser „acuten diffusen, erythematösen Psoriasis“ war ein ganz eigenthümlicher“.

grundlos um, so dass sie — mit Thränen im Auge — lacht. Hervorheben muss ich noch, dass sie von ihrem Sohn erzählte, er habe während der Dentitionsperiode an heftigen und häufigen Krampfanfällen (im Elsass „Gichter" genannt) gelitten und sei im Alter von 10 Jahren, ungefähr ein Jahr lang, mondsüchtig gewesen.

Es sind das alles anamnestische Befunde, auf die man bisher nicht das mindeste Gewicht legte, die man überhaupt gar nicht zu erheben in die Lage kam, weil man sie eben bei Psoriatikern — nicht suchte. Und spontan werden Angaben dieser Art selten gemacht. In der Berliner klinischen Wochenschrift spricht sich Spamer[15]) in einer Arbeit „Beobachtungen über Erblichkeit, besonders bei Psychosen und Neurosen" folgendermassen über diesen Punkt aus: „Es ist in einem concreten Krankheitsfalle schwierig, wenn man nicht — und das ist doch nur selten der Fall — die betreffende Familie genau kennt, alle nöthigen Daten bezüglich etwaiger familiärer Dispositionen zu sammeln; es stehen der Ermittelung entgegen das so sehr geringe Verständniss Ungebildeter, und die falsche Scham vieler Gebildeter. Mehrmals ist es mir bei Leuten ersterer Art passirt, dass ich lange examinirt hatte, ohne irgend für Belastung sprechende Thatsachen zu erfahren, als noch eine nachträgliche Frage, oder auch ein spontanes nachträgliches Erinnern der Angehörigen, doch ganz Positives zum Vorschein brachte; und diesem folgte dann mitunter auch noch ganz rasch Weiteres, das nun erst, wie mit einem Schlage, den Leuten einfiel."

Ob also unser Patient während einer Psoriasiseruption, oder in der Zwischenzeit doch irgend welche, weniger auffällige pathologische Symptome der nervösen Sphäre darbietet (ich denke hier an Differenzen der feineren tactilen oder thermischen Empfindung, an abnorme Befunde der Hauttemperatur, der Schweisssecretion, der Reflexe, der elektrischen Erregbarkeit etc.), das steht noch dahin; sicher ist jedenfalls, dass er von einer Mutter abstammt, deren nervöse Erregbarkeit die physiologische Breite beträchtlich überschreitet, also unbedingt als pathologisch zu bezeichnen ist. An Psoriasis allerdings haben weder die Eltern, noch, soweit ich es ermitteln konnte, irgend ein Glied der Ascendens unseres Patienten gelitten.

Wir kommen damit zu der Besprechung desjenigen ätiologischen Momentes der Psoriasis, bezüglich dessen unter sämmtlichen Autoren bekanntlich die relativ grösste Uebereinstimmung herrscht: — zur Heredität der Psoriasis. Ich sage relativ grösste Uebereinstimmung, denn wie gross auch hier die Differenzen sind, möge aus folgenden beiden Citaten hervorgehen. In seinem Lehrbuch schreibt Kaposi:[2]) „Als einziges unzweifelhaft ätiologisches Moment ist die Heredität anzusehen, indem man selten einen Psoriatischen trifft, ohne dass eines seiner Eltern, oder ein Familienglied aufsteigender Linie nicht auch an dem Uebel litte oder gelitten hätte." Indessen behauptet Duncan Bulkley[16]) gelegentlich eines kritischen Berichtes über eine Serie von 366 seiner Psoriasisfälle: Heridity is of relatively little importance.

Here we see that of 366 cases these was no definite record, while in 242 cases, or over 66%, these was no history of heriditary, either in immediate ancestors or in children. and in only 15% was there any assurance that this hat occured.

Bevor ich weiter eingehe auf die Besprechung der Heredität als ätiologischen Momentes der Psoriasis, möchte ich darauf aufmerksam machen, dass man im Gegensatz z. B. zur parasitären Theorie oft den Ausdruck „Vererbungstheorie", oder auch „hereditäre Theorie" der Psoriasis angewandt findet. Die Thatsache des häufigen Vorkommens von Heridität bei Psoriasis zu einer Vererbungstheorie der Psoriasis erheben zu wollen, ist verfehlt. Es ist dies geeignet, Verwirrung hervorzurufen und sollte deshalb in Zukunft besser unterlassen werden. Es ist doch eine Beobachtung, eine Thatsache und keine Theorie, dass Psoriasis sich oft durch Generationen in Familien forterbt. Und andererseits wird durch die Thatsache allein, dass sich Heredität oft bei Psoriasis nachweisen lässt, doch wohl nichts gewonnen für das Verständniss der Physiologie ihres pathologischen Geschehens selbst. — Syphilis kann ja ebenfalls hered tär werden, kann, wird es nicht immer; — hat uns die Feststellung dieser Thatsache auch nur um einen Schritt weiter gebracht in der Erkenntniss ihrer Aetiologie? Wir vermuthen heute allgemein einen Mikroorganismus als Erreger der Syphilis. Es wäre doch offenbar völlig unangebracht, dieser durch Gründe gestützten Vermuthung, dieser parasitären Theorie der Syphilis als gleichwertigen Erklärungsversuch ihrer Ursache die thatsächlich oft zu beobachtende Heredität etwa als hereditäre Theorie der Syphilis gegenüberstellen zu wollen.

Nur vergleichshalber führte ich hier Syphilis an. Zwischen Syphilis-Vererbung und der sogenannten Vererbung der Psoriasis besteht ein fundamentaler Unterschied: Bei Syphilis wird die Krankheit selbst mit, oder vielmehr durch ihre supponirten parasitären Erreger vererbt; bei Psoriasis vererbt sich nur die „Psoriasisdisposition". So weit herrscht Einstimmigkeit unter allen Autoren. Welchem Organ aber die „Psoriasisdisposition" vererbt werde, darüber sind die Ansichten getheilt, und zwar mit mehr oder minder geringen Abänderungen in zwei Gruppen. Die Einen stehen auf Seiten Köbner's,[17]) der über diese Disposition oder „Vulnerabilität des gesammten Hautorganes der Psoriasiskranken", wie er sich ausdrückt, systematische Untersuchungen anstellte und zu dem Schlusse kam, dass diese eigenthümliche Disposition in der Haut der Psoriasiskranken selbst gelegen, meistens nachweislich hereditär, zuweilen aber auch erworben sei. — Die andern schliessen sich Weyl[18]) an, der in Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie bei dem Capitel Aetiologie der Psoriasis ganz kurz sich dahin äussert, dass es ihm „als das wahrscheinlichste erscheinen möchte, dass sie begründet sei in einer auf hereditärer Belastung beruhenden functionellen Schwäche des die Hauternährung regulirenden nervösen Centrums, das auf Reiz in der vererbten Richtung reagirt".

Was man sich unter der „Vulnerabilität“ vorzustellen habe, das wird nicht angedeutet. Ebenso unmöglich ist es, sich dadurch eine klare Vorstellung von dem Wesen der Psoriasis zu verschaffen, dass man eine functionelle Schwäche „des die Hauternährung regulirenden Centrums“ annimmt, das auf Reize „in der vererbten Richtung reagire“. Es sind das eben nur Worte für Beobachtungen, die man sich physiologisch nicht zu deuten vermochte. Es sind einfach Umschreibungen, deren Werth in wissenschaftlicher Hinsicht ungefähr auf eine Stufe zu stellen ist mit der „Dyskrasie“ der Alten, oder mit Bazin's „arthritischer und herpetischer Diathese“. Die klinischen Beobachtungen selbst, welche so paraphrasirt wurden, sind bekannt genug. Bereits Hebra[1]) beschreibt sie mit solcher Exactheit, dass diese Beschreibung auch heute noch wörtlich zu Recht besteht. Er sagt: „Dass Hautreize, sie mögen absichtlich oder zufällig angewendet worden sein, arteficielle Hautkrankheiten zu erzeugen im Stande sind, ist eine wohlbekannte, von Niemandem bezweifelte Thatsache; dass aber auch Psoriasis in ähnlicher Weise durch den Einfluss des Reizes, z. B. Hitze, Kälte, Lauge, verschiedene vegetabilische und animalische scharfe Stoffe u. s. w. hervorgerufen werde, dies können wir aus unsern bisherigen Erfahrungen nicht entnehmen, ja wir wissen im Gegentheile, dass auf absichtliche Anwendung von Hautreizen .... verschiedene krankhafte Erscheinungen an der allgemeinen Decke in Gestalt von einfachen Röthungen, Knötchen, Bläschen, Blasen und Pusteln ins Leben gerufen werden, aber nie jene Epidermidal-Wucherungen, welche das Bild der Psoriasis repräsentiren. — Nur in jenen Fällen, in welchen man derlei Hautreize bei Psoriasiskranken applicirt, entstehen häufig an der Stelle, an welcher unmittelbar nach Application des Hautreizes die gewöhnlichen Folge-Erscheinungen hervorgerufen wurden (z. B. eine Blase nach Anwendung eines Vesicators) nach Ablauf dieser Erscheinungen Psoriasisplaques, und zwar von jenem Umfange, in welchem die Haut von dem Hautreize afficirt worden war.“ Eine genauere Analyse, sowie eine Hervorhebung desjenigen Factors, der etwa bei der Vererbung das Bestimmende sei (also Haut selbst, oder Nervensystems), unterlässt Hebra. Er sagt einfach, sich auch hier wieder nur an das Klinische haltend, so dass auch diese Angaben von ihm noch heute Giltigkeit haben: „In der Mehrzahl der Fälle gelingt es, sich die Ueberzeugung zu verschaffen, dass die Psoriasis in manchen Familien ganz einheimisch sei und von den Eltern auf die Kinder sich fortpflanze; gewöhnlich sind aber nicht alle Kinder derselben Eltern, sondern nur einzelne derselben mit Psoriasis behaftet. Selbst in solchen Fällen wird aber die Psoriasis nicht sogleich nach der Geburt, sondern erst später — meist vom 6. Lebensjahre an — bemerkbar, obschon wir auch Fälle an Säuglingen zu Gesichte bekamen...... Man beobachtet, dass oft eine Generation übersprungen wird, so dass sich das Uebel von den Grosseltern auf die Enkel mit Uebergehung der Kinder forterbt, oder dass die Erkrankung Seitenlinien der Familie ergreift.“ — Und nun kommt

ein ebenso interessanter, wie für Hebra charakteristischer Passus. In dem Bewusstsein der Unzulänglichkeit der damaligen anatomischen und physiologischen Kenntnisse, in dem Bewusstsein also, keine physiologische Erklärung des Psoriasisprocesses geben zu können, enthält sich Hebra weiterer Ausführungen. Er will nicht mit dem Schein einer Erklärung hervortreten, wo er doch nur Umschreibungen geben könnte. Hebra fährt nämlich fort: „Wir werden aus der Heredität der Psoriasis jedoch keine bedeutendere Erkrankung herauszufinden uns bemühen oder dem Uebel deshalb einen dyskrasischen Ursprung vindiciren, sondern diese Thatsache durch dasselbe Gesetz begründet finden, demzufolge z. B. Negerkinder, selbst wenn sie in der gemässigten Zone geboren werden, eine schwarze Hautfarbe besitzen und die Kinder von blonden oder rothhaarigen Personen meistens dieselbe Haut- und Haarfarbe aufweisen wie ihre Erzeuger. Aehnliche Erscheinungen bietet die Thierwelt bekanntlich in grosser Menge.“

Das Wesen der Vererbung ist ja auch heute nicht erschlossen. Es wird vielleicht noch lange, vielleicht immer ein Räthsel sein. In letzter Instanz ist damit also, um bei der Vererbung der Psoriasis zu bleiben, das „Wie?“ auch heute noch genau so räthselhaft, wie damals. Allein was es ist, das sich von psoriatischen Eltern auf ihre Kinder forterbt, und welches der Mechanismus ist, durch den dies vererbte krankhafte Etwas unter Umständen Psoriasis hervorzurufen im Stande ist, wie es ferner möglich ist, dass Psoriasis oft „spontan“ entstehen kann, d. h. ohne dass die Ascendens des Betreffenden nachweislich an Psoriasis gelitten hat, davon können wir uns bereits heute, glaube ich, eine klare Vorstellung machen. — Doch darüber später. — Auch die ausser der Heredität noch angeführten übrigen ätiologischen Momente, bezüglich deren die widersprechendsten Ansichten niedergelegt sind, will ich vorläufig noch nicht besprechen — sie sollen gelegentlich Erwähnung finden — sondern ich will mich zunächst zu den Theorien wenden, die über die Aetiologie der Psoriasis aufgestellt wurden.

Kromayer[19]) führt deren noch vier an, nämlich die parasitäre, die dyskrasische, die Theorie der localen Prädisposition der Haut und die neuropathische Theorie. Nach meinem Dafürhalten sind heute nur noch zwei dieser Theorien discutabel: die parasitäre und die neuropathische. Denn die dyskrasische Theorie, von der Kromayer treffend sagt, sie sei ein unverständlicher Name für eine unverständliche Sache, wird jetzt ja nicht einmal mehr von den Franzosen vertheidigt, von denen sie doch bekanntlich ausging; und dass die sogenannte „Theorie“ der localen Prädisposition der Haut der Psoriatiker eigentlich keinen Anspruch auf die Bezeichnung „Theorie“ hat, weil sie nur eine einfache Umschreibung klinischer Erfahrungen ist, das habe ich bereits auseinandergesetzt.

Der Vollständigkeit wegen muss ich hier anhangsweise aber noch eine fünfte Theorie erwähnen. Sie fällt freilich, wenn man so will, noch in den Bereich der dyskrasischen, allein ihr Urheber, Tommasoli,[20])

sucht ihr einen etwas wissenschaftlichen Anstrich zu geben. Dadurch wird nun aber diese Hypothese so gelehrt und so complicirt, dass sogar Tommasoli selbst ihre Schwäche einzusehen scheint; wenigstens hat er sie auf dem italienischen medicinischen Congress zu Pavia im Jahre 1887 nur sehr schüchtern vorgebracht, und seither ist, meines Wissens, nichts mehr davon verlautet. Tommasoli ist nämlich bei Uebertragungsversuchen der Psoriasis angeblich zu positiven Resultaten gekommen und stellt auf Grund eben dieser Uebertragbarkeit (von der er aber nicht glaubt, dass sie durch Parasiten bedingt sei) die Hypothese auf, dass er Psoriasis lieber unter jene Dermopathien einreihen würde, die er als „Leucomaine" bezeichnen möchte, bei denen die „Wiederholung und Wiedererzeugung ohne Intervention eines Fermentes, ausschliesslich nur durch biochemische Substanzen bedingt sein kann, die im Organismus wohl auch vorhanden sein können, aber durch vermehrte Bildung, oder verminderte Ausscheidung pathogen werden können, oder deren Bildung überhaupt pathologisch ist". Ich halte mich nicht weiter mit der Zurückweisung dieser Theorie auf, da sie vollständig in der Luft schwebt, sondern wende mich zu der parasitären Theorie, oder vielmehr, um es gleich voranzusetzen: gegen dieselbe.

Betrachten wir der Reihe nach die Gründe, durch welche man sie zu stützen sucht. Unter ihnen ist der hauptsächlichste der zuerst wohl von Lang in's Treffen geführte,[12]) nämlich: die grosse Aehnlichkeit, welche Psoriasisefflorescenzen der äusseren Form nach bei ihrem Entstehen und namentlich während ihres Fortschreitens mit wohl charakterisirten Dermatomycosen darbieten: Beginn mit punktförmigen Herden; peripheres Wachsthum; und endlich in vielen Fällen centrale Abheilung mit vollkommener restitutio ad integrum. — Darauf ist zu erwidern, dass solche reine Analogieschlüsse wohl in der Mathematik am Platze sind, in den Naturwissenschaften aber zu den allergröbsten Irrthümern führen können. Ich will das sofort an einem entsprechenden dermatologischen Beispiel zeigen: Dermatomycosen beginnen mit punktförmigen Herden, zeigen peripheres Wachsthum, Tendenz zu centralem Rückgang und eventuell centrale restitutio ad integrum. — Das Erythema exsudativum, speciell die unter den Namen Erythema iris, Erythema annullare, gyratum, figuratum bekannten Formen desselben zeigen genau das gleiche Verhalten. — Ergo!? Sind sie deshalb zu den Dermatomycosen zu rechnen? Ich glaube, es ist klar, wie hinfällig diese Stütze der parasitären Theorie der Psoriasis ist. Und es ist ihre Hauptstütze! — Noch ein zweites Argument lässt sich gegen sie anführen. Auch dieses zweite würde schon für sich allein genügen, die Unhaltbarkeit des Schlusses zu zeigen, den die Anhänger der parasitären Theorie aus der Analogie der Formen ableiten zu dürfen glauben: Besnier[8]) macht darauf aufmerksam, dass die Formen der Psoriasis annularis, gyrata etc. nicht immer einem centrifugalen Process ihre Entstehung verdanken: „les circles, les croissants, les crosses et les lignes de toute espèce peuvent naitre de la juxtaposition systématique des éléments éruptifs".

In seinem „Versuch einer Beurtheilung der Schuppenflechte nach ihren klinischen Charakteren" beansprucht Lang[12]) als weitere Stütze für die parasitäre Theorie die Thatsache, dass bei Psoriasis auch die Nägel gelegentlich in Mitleidenschaft gezogen werden: „Dass in manchen Fällen auch die Nägel Sitz der Krankheit abgeben, ist ja nur übereinstimmend mit der bekannten Thatsache von Erkrankung dieser Gebilde auch bei der scheerenden Flechte und dem Erbgrind. Zudem ist auch noch die Form, unter der die Nägel bei Schuppenflechte erkranken, analog der bei Onychomykosis." Ueber die Zuverlässigkeit von Analogieschlüssen habe ich mich bereits geäussert. Die letzte Behauptung Langs aber ist geradezu unrichtig. — Im Endstadium der Nagelerkrankung allerdings, wenn der Nagel verdickt, glanzlos, verfärbt, zerklüftet und brüchig ist, dann ist es schwer, wohl oft unmöglich, aus dem klinischen Bild allein, das der einzelne Nagel darbietet, zu entscheiden, ob es sich um eine Onychopathia trichophytica, favosa oder psoriatica handelt. Allein „in manchen Fällen von Psoriasis bemerkt man im Beginne der Nagelerkrankung, wenn der Nagel selbst noch durchscheinend ist, unter demselben, also am Nagelbette, eine ähnliche punktförmige Psoriasisstelle, wie an anderen Hautpartien, woraus hervorgeht, dass derselbe Process, der die Psoriasisefflorescenzen an den übrigen Stellen veranlasst, auch hier statt hat". — Es ist Hebra,[1]) den ich citire. — Noch ausdrücklicher macht Schütz[21]) auf diese unter der Nagelplatte vorkommenden kleinsten Psoriasisherde aufmerksam. Er gibt auf der seine Arbeit begleitenden Tafel (XIII) eine instructive Abbildung davon und äussert sich, wie folgt: „Nach Zurückschieben des Nagelfalzes sieht man in dem hinteren Drittel der Lunula eine Anzahl lebhaft roth gefärbter Pünktchen, welche auf Druck vorübergehend erblassen. (Fig. 1 *p*. Tafel XIII.) .... Die roten Punkte im Bereiche der Lunula halte ich bei Psoriasis für etwas Charakteristisches, soviel mir bekannt, keiner anderen Dermatose Zukommendes. Da diese pathologische Veränderung der Nagelmatrix angehört, so muss sie auch auf die Nagelplatte einwirken. Diese Einwirkung kennzeichnet sich im Verlaufe der Erkrankung als Tüpfelung der Nagelplatte." (Fig. 1 *A*.) Die Form, in der sich eine primäre Erkrankung der Nagelmatrix bei Psoriasis zeigt, ist also nicht nur nicht analog der bei Onychomycosen, sondern die schon von Hebra erwähnten, makroskopischen punktförmigen Hyperämien von Papillargefässen, die unter der Nagelplatte, in der Matrix gelegen sind, haben etwas so Charakteristisches, dass Schütz die Symptome sogar ausschliesslich für die Psoriasis reclamirt.*)

---

*) Anmerkung während der Correctur: In einer mir erst nach Abschluss des Manuscripts zu Gesicht gekommenen Publication berichtet Dubreuilh (Monatsh. f. pr. Darm. XXII, 9) über ein 6jähriges Mädchen, bei welchem er ausschliesslich aus der Nagelveränderung, die zur Zeit der ersten Untersuchung das einzige Krankheitssymptom war, Psoriasis diagnosticirte. Der viel später auftretende Psoriasisausbruch an

Noch einen zweiten Stoss versetzt diese primäre Psoriasis der Nagelmatrix sogar der ganzen parasitären Theorie, nicht nur einer ihrer Stützen: Wie sollten denn die Pilze von aussen her mitten unter die Nagelplatte in die Matrix hinein gelangen? Nur ein Weg ist denkbar: die Blutbahn. Nun, über das Wertheim'sche [22]) Injectionsexperiment mit Penicillium glaucum, worauf er „Psoriasis" entstehen sah (bei Hunden), die er sich deshalb berechtigt glaubte, auf „Verstopfung von Capillaren durch Pilzmassen" zurückzuführen — über dies Experiment und die daran geknüpften Schlussfolgerungen sind, denke ich, heute die Acten geschlossen. Hat doch selbst ein so eifriger Verfechter der parasitären Theorie wie Neisser bereits vor mehr als 12 Jahren (auf dem Congress zu Kopenhagen) sich aus klinischen Gründen gegen die Möglichkeit ausgesprochen, dass die „Pilze" durch die Blutbahn verbreitet werden könnten. — Damals gab es ja noch den Epidermidophyton und den Lepocolla repens. Emil Ries hat, wie bereits erwähnt, diese beiden Kunstpilze 1888 definitiv aus der Flora dermatologica gestrichen. Aber das hat die Anhänger der parasitären Theorie anscheinend nicht weiter entmuthigt: hartnäckig halten sie immer noch fest an ihren „persönlichen Ueberzeugungen"; und was Ries damals treffend als auffallende Erscheinung hervorhob,*) das ist auch heute nicht anders geworden: „Jedem muss es auffallen, dass man in den Arbeiten derer, welche die Psoriasis als parasitäre Krankheit betrachten, viel mehr das Wort ‚obgleich' antrifft, als das Wort ‚weil', überall heisst es: obgleich dies, obgleich jenes Symptom einer parasitären Krankheit fehlt, ist die Psoriasis doch eine parasitäre Krankheit. Und warum? Die ‚Weil' sind nicht übermässig zahlreich." — Nun, zwei davon sind ja wohl beseitigt. Sehen wir uns nach weiteren um.

„Die Schuppenflechte greift auf Schleimhäute ebenso wenig über, wie die Dermatomycosen!" [12]) Also wieder ein Analogieschluss, aber diesmal noch dazu gefolgert aus negativen Beobachtungen, so dass eine einzige positive genügt, ihn zu beseitigen. Hebra (l. c.), der allerdings an den Schleimhäuten ebenfalls keinerlei Veränderungen bei Psoriatischen beobachten konnte, drückt sich doch etwas vorsichtiger aus: „Nicht einmal das Roth der Lippen wird von der Psoriasis afficirt, so dass wir eine „Psoriasis labiorum", wie sie Willan aufstellte, nicht kennen." Unter dem „wir" meinte Hebra offenbar sich und seinen Schüler Kaposi, der die Vorrede des Lehrbuches mit unterzeichnete. Letzterer spricht sich denn auch später (in der neuesten Auflage des Lehrbuches, p. 428) mit derselben weisen Vorsicht aus, ja, er äussert sich sogar noch vorsichtiger als sein Lehrer, nämlich wie folgt: „Auf der Schleimhaut der Mundhöhle habe ich ebensowenig, wie Hebra, jemals eine der Psoriasis parallele Erkrankung gesehen." Das klingt

---

anderen Körperstellen bestätigte nachträglich die Richtigkeit der aus der Nagelaffection gestellten Diagnose. —

*) Loco cit. p. 888.

denn doch ganz anders, als der Passus aus Lang's[3]) „Vorläufige Mittheilung von einem neuen Untersuchungsergebnisse bei Psoriasis", wo es heisst: „Unter allen Umständen aber sieht man die Krankheit auf die äussere Haut sich beschränken und nie auf Schleimhäute übergehen." Dass auf dem Lippenroth in der That Psoriasis vorkommt, darüber ist ein Zweifel heute unstatthaft. Es besteht also Willan's „Psoriasis labiorum" zu Recht, wenn auch Hebra und Vielen nach ihm die Gelegenheit fehlte, sie zu beobachten. Es scheint eben dies Vorkommniss ein sehr seltenes zu sein. Besnier[8]) sagt darüber: „Aux lèvres buccales, la portion exposée de la surface rouge est mixte, et il n'est que tout à fait exceptionellement que la bordure d'un élément psoriasique du voisinage y affleure."

In der Klinik meines verehrten Lehrers Wolff waren wir in der günstigen Lage, im vorigen Jahre bei einer Frau mit sehr verbreiteter Psoriasis nummulasis, annularis et gyrata, bei der das Gesicht ungewöhnlich stark in Mitleidenschaft gezogen war, ebenfalls Psoriasis labii inferioris zu constatiren. Allein hier griff die Affection auch auf die eigentliche Schleimhaut der Mundhöhle über. Der Fall ist bis jetzt noch nicht veröffentlicht, deshalb kann ich nicht einfach darauf verweisen, sondern muss aus dem Status wenigstens Folgendes hervorheben: Auf der Unterlippe der 44jährigen Frau Marie M... befanden sich zwei annuläre Psoriasisefflorescenzen, die eine ungefähr Markstück-, die andere 10 Pfennigstückgross. Die kleinere Efflorescenz griff mit etwa einem Drittel ihres Umfanges auf das Lippenroth über, während bei dem grösseren Ringe der Mittelpunkt auf das Lippenroth selbst fiel, so dass nur ein relativ kleines Kreissegment auf die Haut der Unterlippe kam; ein noch etwas kleineres Segment des Kreises aber wurde beim Lippenschluss durch die Oberlippe verdeckt; es sass also in der That nicht mehr auf der sogenannten Uebergangsschleimhaut, sondern bereits auf der eigentlichen, echten Schleimhaut der Mundhöhle. Sehr lehrreich war das verschiedene Aussehen der einzelnen Kreisabschnitte dieser Efflorescenz, je nach dem Boden, auf dem sie sassen: auf der Haut der Unterlippe die bekannten silberglänzenden Schuppenmassen; auf dem Lippenroth eine glanzlose, rauhe, schilfernde Oberfläche, dem Aussehen „spröder Lippen" vergleichbar; sie überragte um ein Geringes das Niveau des Lippenrothes; an der von der Oberlippe bedeckten Stelle: graue Verfärbung der Schleimhaut wie bei Plaques opalines. — Excision wurde leider verweigert.

Es liegt also hier eine Beobachtung des positiven Vorkommens von Psoriasis auf einer echten Schleimhaut vor. Ein Zweifel an der Natur dieser Schleimhautaffection ist hier völlig ausgeschlossen, weil es sich um eine continuirliche ringförmige Psoriasisefflorescenz handelte.

Eine andere hierher gehörige Beobachtung ist von Sack[24]) im internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten veröffentlicht worden. Es

handelte sich um Psoriasis der Conjunctiva des Unterlides bei einem jungen Mann mit generalisirter nummulärer Psoriasis: Eine circa 1 Cm. im Durchmesser grosse Psoriasisefflorescenz, durch den Lidrand halbirt, sass theils auf der Haut, theils auf der Conjunctiva des Unterlides. Der auf der Haut gelegene Theil der Efflorescenz zeigte die bekannten Psoriasis-Charakteristica; der afficirte Theil der Conjunctiva hatte eine etwas zerklüftete Oberfläche und war gelblich-roth gefärbt. Histologisch zeigte die Efflorescenz auf der Conjunctivalseite „in erster Linie starke Hyperämie der Submucosa mit consecutiver Bildung von dichten Infiltratmassen in derselben, in zweiter Linie mässige Wucherung der Pflasterepithelien". — Die für eine relativ recente Psoriasiseruption etwas auffälligen „dichten Infiltratmassen" erklären sich leicht aus dem Sitz der Efflorescenz an einer so empfindlichen Stelle, wie es die Conjunctiva ist. Das zwar nicht erwähnte, aber jedenfalls vorhanden gewesene „Fremdkörpergefühl" wird wohl zu häufigen mechanischen Insulten (Reiben und Drücken) und dadurch zu der starken Infiltration geführt haben. Die gelblich-rothe Färbung ferner der Efflorescenz im Gegensatz zu der grauen in unserem Falle erklärt sich ebenfalls leicht, und zwar aus dem chemisch differenten Verhalten der Flüssigkeiten, denen die abgestorbenen Schichten der übermässig proliferirenden Schleimhaut in den beiden Fällen ausgesetzt waren. Thränenflüssigkeit mit ihren 0.4—0.8% Salzen (zumeist Kochsalz) wirkt annähernd, wie physiologische Kochsalzlösung, also indifferent. Daher das Ueberwiegen des durchschimmernden Roth der erweiterten Gefässe über die gelbliche Eigenfarbe der abgestorbenen, in ihrer Durchsichtigkeit aber mehr weniger unveränderten Epithelien. Die Speichelflüssigkeit dagegen, die ja über 2% Salze, circa 1½% Ptyalin und ausserdem noch peptonbildende Fermente enthält, verändert abgestorbene Epithelien natürlich in ganz beträchtlicher Weise. Die quellende und verdauende Wirkung lässt dieselben vor allen Dingen undurchsichtiger werden, so dass die Hyperämie der Submucosa nicht mehr im Stande ist, das Colorit der betreffenden Stelle zu beeinflussen: Daher das gallertige, graue, dem der Plaques opalines vergleichbare Aussehen der Psoriasisefflorescenz auf der Mundschleimhaut. — Der dritte Pfeiler der parasitären Psoriasistheorie ist also durch die angeführten Beobachtungen ebenfalls gestürzt: Wir wissen heute, dass Psoriasis thatsächlich, wenn auch anscheinend sehr selten auf Schleimhäuten vorkommt.

Ich sagte „anscheinend sehr selten", denn es ist in der Literatur eine ganze Anzahl von Beobachtungen niedergelegt, welche über physikalisch nachweisbare Affectionen von der Inspection nicht zugänglichen Schleimhäuten berichten, die in so auffälligem regelmässigem zeitlichem Zusammenhang mit Psoriasiseruptionen auf der Haut stehen, dass mit einem sehr grossen Grade von Wahrscheinlichkeit die Vermuthung ausgesprochen werden darf, es habe sich in diesen Fällen um einen der Psoriasis der Haut parallelen Vorgang auf den betreffenden Schleimhäuten gehandelt. Es ist dabei leicht verständlich, dass die stets vorhandene

Hyperämie (davon noch später mehr), welche die abnorme Beschleunigung einer sonst physiologischen Zellenthätigkeit veranlasst, je nach der Zellenart, auf die sie einwirkt, ganz verschiedene Folgen hat: bei Zellen, die physiologischer Weise verhornen — Schuppenbildung, bei secernirenden Zellen — catarrhalische Erscheinungen. — Bereits 1874 macht Gaskoin[25]) auf die auffallende Thatsache aufmerksam, dass von seinen Psoriasiskranken mindestens der dritte Theil gleichzeitig an Asthma litt. „The connexion of psoriasis with asthma forms the most conspicous feature of this complaint, being discoverable in the history of at least one third of the cases." Ein auch nur annähernd ebenso häufiges gleichzeitiges Vorkommen von Psoriasis und Asthma oder Bronchitis ist meines Wissens sonst nirgends in der Literatur mitgetheilt. Und es verliert leider die Angabe Gaskoin's etwas an Werth dadurch, dass nichts Näheres über die einzelnen Krankengeschichten verlautet, so dass man sich ein eigenes Urtheil darüber nicht bilden kann. — Dunkan Bulkley[26]) gibt ein viel geringeres Procent-Verhältniss an. Nach ihm kommt nämlich Asthma nur bei 1°/₀ von Hautkrankheiten überhaupt vor, und zwar hauptsächlich bei der „class known as exudative or inflammatory disordres", speciell bei Eczem, Acne (rosacea! der Verf.), Urticaria und Psoriasis. In einem sehr interessanten Vortrag darüber in der britischen medicinischen Gesellschaft macht er ausführliche Literaturangaben englischer und amerikanischer Autoren, die über Asthma und dessen Verhalten zu Hautkrankheiten publicirten. Von seinen Schlusssätzen sind besonders drei bemerkenswerth, die ich deshalb wörtlich anführe: „Asthma has been observed in patients with certain diseases of the skin, in such a manner as to indicate some occasional relationship between the two. — This occurence of asthma in skin-patients cannot be locked upon as a coincidence, nor is the skin disease to be regarded as a cause of the asthma; but both, the skin and bronchial difficulty depend upon the same internal cause, which may be nervous in origin, or may result from some altered condition of the blood." Bulkley fasst also das Verhältniss von Asthma zu Hautkrankheiten nicht in metastatischem Sinne auf, wie es noch vor 4 Jahren Gaucher[27]) unter Auffrischung der humoralpathologischen Anschauungen that, sondern ist der Ansicht, dass beide, coordinirt, von derselben inneren, räthselhaften Ursache abhängen. Neben dem eventuellen nervösen Ursprung figurirt allerdings auch bei ihm die Möglichkeit einer „veränderten Blutzusammensetzung". Bulkley's dritte These lautet: „While the theory of the dependence of asthma on a state of spasm of the muscular element of the bronchial tubes has very strong evidence in its favour, it is still possible that the paroxysm of asthma may be occasioned by sudden and evanescent swelling of the mucous membrane of the bronchioles, partaking more or less of the charakters of the wheals of urticaria, occuring both on the mucous membrane of the mouth and on the skin." Ohne hier — um nicht abzuschweifen — auf den Streit einzugehen, ob Asthmaanfälle rein nervös durch Muskelcontractionen der Bronchiolen ausgelöst werden können, oder ob sie stets eine pathologisch-

anatomische Grundlage haben, hebe ich nur hervor, dass Bulkley es also für wahrscheinlich hält, dass diese Asthmaanfälle bei Eczem, Urticaria und Psoriasis durch Schleimhautveränderungen bedingt werden, die mehr weniger den gleichzeitig bestehenden Hautaffectionen analog sind. — Von deutschen Autoren ist es besonders Quincke, der in einer Dissertation eines seiner Schüler, Hölscher,[28]) auf die Beziehungen zwischen Psoriasis und Asthma aufmerksam macht. Es sind 4 Fälle von Psoriasis,*) bei denen er eine ganz auffällige Coïncidenz von catarrhalischen Erscheinungen seitens der Lunge constatiren konnte. Diese catarrhalischen Erscheinungen steigerten sich bis zu Anfällen von Athemnoth zu derselben Zeit, in welcher die Psoriasis der Haut exacerbirte. — Die Beobachtungen von Gaskoin, Bulkley und Hölscher (Quincke) über dies gleichzeitige Vorkommen und gleichmässige Verlaufen von Psoriasis und Asthma, so bemerkenswerth sie auch sein mögen, sind nicht von zwingender Beweiskraft, allein sie sind geeignet, die Aufmerksamkeit in Zukunft ganz besonders auf diese Vorkommnisse zu lenken. — Für Urticaria ist es bereits heute durch eine Beobachtung von Pryce[29]) im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht, dass der gleiche pathologisch-anatomische Process auch auf den Bronchien abläuft. Pryce konnte nämlich bei einem Patienten, der auffallende Periodicität von Asthmaanfällen und Urticariaeruptionen darbot, constatiren, dass die Mund- und Nasenschleimhaut, soweit sichtbar, „was found to be swollen and red in places". — Doch das nebenbei. — Jedenfalls steht es fest (wie bereits oben constatirt), dass Psoriasis auf Schleimhäuten vorkommt.

Eine vierte (indirecte) Stütze für die parasitäre Theorie bringt Neisser:[11]) „Auch das Verhalten der Haare bei Psoriasis der Kopfhaut scheint mir ein Beweis dafür zu sein, dass es sich bei der Psoriasis um eine oberflächlichste Hauterkrankung handelt. Unzählige Male sehen wir Jahre lang bestehende Psoriasis des Kopfes, ohne dass dabei das Haarwachsthum im geringsten gelitten hat. Wie soll man das anders deuten, als so, dass diejenigen Schichten der Kopfhaut, welche für die Ernährung des Haares zu sorgen haben, normal und von der Krankheit unbeeinflusst geblieben sind." — Hier haben wir den ersten Schluss, der nicht aus Analogien mit Dermatomykosen gefolgert ist. Die Analogie versagt hier nämlich, wie Trichophytie und Favus zeigen. — Die Deutung ist aber etwas vorsichtiger wohl so zu formuliren, „dass diejenigen Schichten der Kopfhaut, welche für die Ernährung des Haares zu sorgen haben, in der Regel durch Psoriasis nicht geschädigt werden". Denn normal und unbeeinflusst bleiben sie sicher nicht immer; vielleicht sogar selten. Das Factum allerdings besteht, dass meist der Haarwuchs durch Psoriasis nicht im geringsten leidet. — Allein es ist eine ebenso unzweifelhafte Thatsache, dass bei den invetorirten Formen von Psoriasis,

*) Ob der 4. Fall wirklich Psoriasis gewesen, ist nach der klinischen Beschreibung allerdings äusserst fraglich.

namentlich dann, wenn der Process solche Intensität erreicht, dass man von Psoriasis universalis sprechen kann, die Haare ausfallen. Diese Thatsache ist so bekannt, so sichergestellt, dass ich sie nicht erst durch eine grössere Anzahl von Literaturbelegen zu bekräftigen brauche, sondern ich führe bloss einen Gewährsmann an, Kaposi:[2]) „Die Haare fallen leicht aus (es ist von Psoriasis universalis die Rede; d. Verf.), ja, es tritt Kahlheit, vorübergehend, oder bleibend ein.“ Ein paar Zeilen weiter: die Haare bekunden bei jeder langandauernden Psoriasis „durch rasches Ausfallen ihre Mitleidenschaft“. — Die Erklärung für dies verschiedene Verhalten der Haare bei mehr oder weniger recenter und bei inveterirter Psoriasis ist, glaube ich, ganz einfach und einleuchtend: Dass Psoriasis stets mit beträchtlicher Hyperämie der befallenen Gebiete einhergeht, wird von Allen angegeben. — Natürlich haben doch auf dem Haarboden sämmtliche Capillargefässe der betreffenden Stelle Antheil an der Hyperämie, auch die Schlingen der Haarpapillen. Dadurch werden die Haare aber nicht nur nicht geschädigt, sondern so wie durch die Hyperämie die Zellen der Epidermis zu vermehrter Thätigkeit (deren letzte Consequenz: die Schuppenbildung) angetrieben werden, so geschieht es auch mit den Zellen der Haarpapillen. Es äussert sich dies an den Haaren nun, nicht etwa in übermässigem Wachsthum, wie man annehmen könnte, sondern die durch die Hyperämie bedingte vermehrte Lebensenergie äussert sich bei den Haaren darin, dass sie sowohl in Bezug auf Glanz, als Farbe, und gewöhnliches Wachsthum unverändert bleiben. Es klingt das zunächst paradox, allein nur durch das thatsächliche Bestehen einer gesteigerten Stoffwechsel-Energie ist es verständlich, dass die Haare, wie gesagt, unverändert bleiben und gewöhnlich nicht ausfallen trotz der auflagernden Schuppenmassen, so dass man diese Thatsache bekanntlich als differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber der Seborrhoe hervorhebt. — Nimmt der psoriatische Process nun aber an Intensität zu (Psoriasis inveterata), so sind Infiltrate, die bei frischer Psoriasis meist geringfügig bleiben, oder ganz fehlen, die unausbleibliche und bekannte Folge. Auch darüber herrscht erfreuliche Einstimmigkeit unter den Autoren. — Das Zunehmen der Infiltratmassen wirkt aber raumbeengend auf die Haarpapillen, so dass sie allmälig atrophiren, veröden. Das ist der Modus, nach dem der Haarschwund bei Psoriasis inveterata sich am ungezwungensten erklären dürfte. Von dem Grade der Atrophie der Haarpapillen ist es dann natürlich abhängig, ob später eventuell Haarersatz eintritt, oder nicht.

Die vierte Stütze der parasitären Theorie ist somit, wie ich glaube, ebenfalls beseitigt; bleibt noch eine, die letzte: die angebliche Uebertragbarkeit, die Contagiosität der Psoriasis. Ich könnte mich hier ganz kurz fassen und einfach darauf hinweisen, dass selbst Neisser[11]) es anerkennt, dass die spärlichen Beobachtungen, in denen man mit einigem Recht Contagiosität annehmen zu können glaubt,*) „kein Be-

*) Neisser bezieht sich hier auf den Unna'schen und ähnl. Fälle.

weis für die parasitäre Auffassung" sind. Allein ich muss dennoch auf alle Fälle von angeblicher Uebertragung der Psoriasis eingehen, weil immer noch gelegentlich, bald der eine, bald der andere zur Unterstützung der parasitären Theorie herangezogen wird. — Da sind zunächst zwei Publicationen aus dem Jahre 1856, die fortwährend, man könnte fast sagen traditionell, in der Psoriasisliteratur mitgeschleppt werden. Ich habe sie so oft unrichtig citirt gefunden, dass ich mich des Eindrucks nicht erwehren kann, dass nicht alle, die Höring[33]) und Hafner[34]) citirten (um diese beiden handelt es sich, aber auch von Tenholt's[35]) Beobachtung gilt das Gleiche), sie auch gelesen haben, sondern dass es manchmal nur auf Treu und Glauben aus anderen Citaten übernommen wurde, es habe sich in den betreffenden Fällen wahrscheinlich nicht um Psoriasis gehandelt. — Es hat sich aber hier nicht nur wahrscheinlich nicht um Psoriasis gehandelt, sondern Höring sowohl, als Hafner und Tenholt haben ganz sicher einen error diagnosticus begangen, mag auch Höring schreiben, dass er „den etwaigen Einwurf, es sei keine Psoriasis gewesen, wenn der Verlauf der angegebene war, entschieden abweisen muss", und Hafner behaupten, dass der Ausschlag „die charakteristischen Merkmale der Psoriasis zeigte", und endlich Tenholt von seinen Patienten sagen, dass die Ausschläge „nicht anders als Psoriasis bezeichnet werden konnten". Es handelte sich trotzdem in allen drei Beobachtungen um nichts Anderes, als kleine Epidemien von Trichophyton tonsurans.*) — Die Verwechselung gewisser Formen von Psoriasis und Trichophytie miteinander ist bei der bereits erwähnten, nicht selten zu beobachtenden grossen Aehnlichkeit wohl möglich, und ist thatsächlich schon bedeutend erfahreneren Dermatologen begegnet und gelegentlich von dem einen oder anderen auch öffentlich zugegeben worden,[36]) als Höring und Hafner es 1856, oder Tenholt im Jahre 1888 gewesen zu sein scheinen.

Wir kommen zu den Lassar'schen Versuchen, Psoriasis auf Thiere zu übertragen, die angeblich von Erfolg gekrönt waren — manchem Citat nach zu schliessen. In Wirklichkeit aber hielt sie nicht einmal der Experimentator selbst für beweiskräftig. Das geht deutlich aus dem Referat über die Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft[37]) hervor, in der Lassar seine Kaninchen demonstrirte. Danach betont nämlich Lassar ausdrücklich, dass er sich bindender Schlüsse über die Uebertragbarkeit der Psoriasis vor Abschluss weiterer Untersuchungen enthalte, trotzdem er schon vor 4 Jahren (also 1881) ein gleiches Versuchsresultat den Herren Virchow und Salkowski vor-

*) In der Hoffnung, dass der durch die klinische Beschreibung selbst gelieferte Nachweis, dass die fraglichen Affectionen nicht Psoriasis, sondern Trichophytie gewesen, genügen werde, um diesen Citat-Ballast endgiltig aus der Psoriasis-Literatur verschwinden zu lassen, führe ich im Literatur-Anhang die wichtigeren Stellen aus den etwas schwer zugänglichen Publicationen von Höring, Hafner und Tenholt im Wortlaut an.

geführt habe. Von den Anwesenden protestirte übrigens Behrend sofort dagegen, dass die Hautaffection der Kaninchen conform der menschlichen Psoriasis sei; ihm erscheine sie ähnlicher dem Herpes tonsurans, zuma sie mit Haarausfall einhergehe.

Ein weiterer, angeblich positiver Versuch, Psoriasis zu inoculiren, und zwar von Mensch auf Mensch rührt von Destaut[38]) her, der sich selbst mit einer Psoriasisschuppen-Emulsion am Oberarm impfte und 16 Tage später eine Psoriasisplaque am Ellenbogen bekam. Dass diese Efflorescenz an Destaut's Ellenbogen Psoriasis war, wurde von der Lyoner medicinischen Gesellschaft, in der die Demonstration erfolgte, anerkannt; allein nicht ein einziges Moment liegt vor, um die Causalität der Impfung am Oberarm wahrscheinlich zu machen.

Von klinischen Beobachtungen, die für Uebertragbarkeit der Psoriasis zu sprechen scheinen, ist zunächst die von Unna[39]) auf dem Kopenhagener Congress mitgetheilte zu erwähnen: Eine psoriatische Amme tritt in eine psoriarisfreie Familie ein, und bald darauf erkranken drei Kinder an Psoriaris.

Einen ganz ähnlichen Fall hatte Nielsen[4]) in Privatbehandlung, nur handelte es sich hier bloss um ein Kind. In derselben, bereits citirten Publication berichtet Nielsen auch über eine psoriatische Mutter und Tochter, von denen aber die Mutter ihren Psoriasisausschlag zum ersten Mal erst längere Zeit nach der Tochter bekam. — Das sind, soweit mir bekannt, die einzigen Fälle, welche die Annahme der Möglichkeit einer directen Uebertragung zulassen. Es lässt sich gegen die Beobachtungen an sich nichts vorbringen, denn der Einwand: die betreffenden Kinder würden wahrscheinlich auch bei einer gesunden Amme ihre Psoriasis bekommen haben, ist eben kein Gegenbeweis, ebensowenig wie die Vermuthung, dass in dem Nielsen'schen zweiten Falle die Mutter wohl auch dann an Psoriasis erkrankt wäre, wenn ihre Tochter getrennt von ihr gelebt hätte.

Allein diese Beobachtungen, die man, wie wir sehen, an den Fingern aufzählen kann, lassen eben bloss die Annahme der Möglichkeit einer directen Uebertragung zu. Beweisen können sie nichts. Und ihnen gegenüber steht eine Anzahl von Uebertragungsversuchen mit negativem Erfolg, aber ausserdem, und das ist das Massgebende, die erdrückende Menge klinischer Thatsachen, welche bekanntlich zu dem Schlusse zwingt, dass Psoriasis nicht contagiös ist. „Bekanntlich", — denn so gut wie alle Autoren sind darüber einig; sogar die meisten Anhänger der parasitären Theorie geben es zu, sonst wäre es ja sogar eine sträfliche Unterlassungssünde von ihnen, nicht auch, wie Nielsen in logischer Befolgung der Consequenzen ihrer Ueberzeugung die Desinfection sämmtlicher Kleider, Bettzeuge und Utensilien von Psoriasiskranken zu verlangen, „um Recidive hintanzuhalten und Ansteckung Anderer zu verhüten." —

Allein es wird behauptet, die mangelnde Ansteckungsfähigkeit sei jedenfalls auch kein Beweis gegen die Auffassung der Psoriasis als eine Dermatomykose. „Ich brauche, um den Einwand zu entkräften, nur auf

die Pityriasis versicolor hinzuweisen," sagt Neisser.[11]) — Ja, wenn alles Andere dafür spräche, dass Psoriasis eine Dermatomykose sei, dann könnte man nicht viel gegen diesen negativen Beweis als letztes Glied der Kette vorbringen. Allein, wie ich gezeigt zu haben glaube, hat die parasitäre Theorie keine einzige Stütze mehr: Sie ist in der That unhaltbar, und unter diesen Umständen kann der Hinweis auf Pityriasis versicolor sie auch nicht retten. Denn abgesehen von dieser einen Eigenschaft, nicht contagiös zu sein, zeigen Psoriasis und Pityriasis versicolor in ihrem klinischen Verhalten nicht die geringste Aehnlichkeit. Man denke z. B., um nur eines hervorzuheben, an das Jahrzehnte hindurch fast unveränderte Aussehen von Pityriasis versicolor-Herden, und im Gegensatz dazu an das zeitlich und örtlich so ungemein wechselnde Bild der Psoriasis, bei der zu den allergrössten Ausnahmen solche Fälle gehören, wie der von Wolff [40]) in seinem Lehrbuch mitgetheilte, dass nämlich eine Patientin vom 12. bis zum 30. Lebensjahr nur eine einzige stationäre Efflorescenz (unter der linken Kniescheibe) hatte, welche dann spontan verschwand. Es ist also nach meiner Ansicht nicht statthaft zu schliessen: Weil die Dermatomykose Pityriasis versicolor nicht contagiös ist, weil ferner Psoriasis gleichfalls nicht contagiös ist, so ist es wahrscheinlich, dass Psoriasis zur gleichen Classe gehöre wie Pityriasis versicolor: zu den Dermatomykosen. — Meines Wissens sind die Gründe, durch welche man die parasitäre Theorie zu stützen pflegt, damit erschöpft. Durch die vorhergehenden Ausführungen aber ist, wie ich glaube, gleichzeitig jeder einzelnen dieser Stützen und damit auch der parasitären Theorie selbst der Boden entzogen.

Es ist wohl hier der Platz auch der Theorie zu gedenken, welche Psoriasis zu den chronisch-infectiösen Krankheiten verweist. — So viel mir bekannt, wurde zuerst von Poor [41]) 1878 die Ansicht ausgesprochen, dass Psoriasis „eine malarisch-chronische schuppige Hautentzündung" sei, weil: sie nie durch äussere, mechanische oder chemische Einwirkungen entstehe, nie die Haut allein, sondern stets auch die Eingeweide afficire, weil man im Urin Penicilium glaucum, sowie Vermehrung der harnsauren Salze und der Harnsäure finde, weil Psoriasis zumeist im Frühjahr und Herbst ausbreche und endlich, weil sie sich ausbreite wie Wechselfieber und Malariakrankheiten." —

Es ist hier soviel Falsches mit Richtigem, soviel rein Subjectives mit Thatsächlichem vermengt, dass ich es vorziehe, zunächst einen anderen Vertreter dieser Theorie zu citiren: Kopp. [42]) In seinem Buch: „Die Trophoneurosen der Haut," in welchem Kopp die Frage, ob irgend welche Thatsachen für den neurotischen Ursprung der Psoriasis zu sprechen scheinen, „nicht ansteht, in einem durchaus negativen Sinn zu beantworten", gibt er seine Auffassung in folgenden Sätzen wieder: „Eine Reihe von Gründen legen den Gedanken nahe, dass die Psoriasis den chronischen Infectionskrankheiten beizuzählen sein wird. Besonders auffallend ist mir in dieser Hinsicht die unregelmässige geographische Verbreitung, das Auftreten neuer Nachschübe zu gewissen Jahreszeiten, das mehrfache Be-

fallensein verschiedener Mitglieder einer Familie, mag man dasselbe durch Vererbung oder directe Uebertragung erklären, die eigenthümliche Erscheinung des Einflusses zufälliger oder provocatorischer Reizung, welche sich auch bei anderen Infectionskrankheiten, z. B. bei Syphilis und Variola findet, und endlich der Umstand dass man Psoriasis niemals als Arzueiexanthem beobachtet hat. Ich betone, dass ich deshalb die Frage keineswegs für entschieden halte; nur so viel möchte ich behaupten, dass bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse die Annahme einer chronischen Infectionskrankheit eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich hat."

In dieser Fassung fand die Theorie Anhänger, allerdings vorsichtige. So sagt z. B. Nielsen „dass gewisse klinische und ätiologische Verhältnisse angeführt werden können, welche darauf deuten könnten, dass die Psoriasis möglich ein constitutionelles Leiden wäre, und dann wohl am ehesten, eine chronische Iufectionskrankheit, wie Kopp supponirt."

Eine Theorie, die in so unlösbarem Widerspruche steht zu klinischen Beobachtungen wie die an unserem Patienten erhobenen, hat schon wenig Wahrscheinlichkeit mehr für sich. Allein, man könnte immerhin einwenden, diese Beobachtung einer erstmaligen, halbseitig auftretenden Psoriasis in zeitlichem und örtlichem Anschluss an ein peripheres Trauma bei einem aus psoriasisfreier Familie stammenden Individuum sei eine so völlig vereinzelt dastehende Beobachtung, *) dass sie zu den Ausnahmen zu rechnen sei. — Deshalb soll auf die einzelnen Gründe Kopp's eingegangen werden.

Die hauptsächlichste: „die unregelmässige geographische Verbreitung und das Auftreten von Nachschüben zu gewissen Jahreszeiten" kann für Psoriasis durchaus nicht als typisches regelmässiges Vorkommnis reclamirt werden. Im Gegentheil besteht heute noch Hebra's diesbezügliche, correcte Aeusserung [1]) völlig zu Recht, dass „Psoriasis eine pandemische Krankheit genannt werden muss", weil wir sie, wie aus den Werken der verschiedensten Autoren hervorgehe, „ebenso im hohen Norden finden, wie in südlichen Regionen, in feuchten und trockenen Gegenden, zu allen Jahreszeiten, in allen Welttheilen, bei allen Menschenracen".

Das mehrfache Befallensein diverser Mitglieder einer Familie (der nächste Grund), hat den allerverschiedensten Theorien, je nach Auslegung,

*) Hier sei übrigens darauf hingewiesen, dass Polotebnoff [43]) in seiner 65. Krankengeschichte über eine ebenfalls nur halbseitig aufgetretene Psoriasiseruption berichtet. Es handelte sich in dem Falle um ein Psoriasis-Recidiv ohne eruirbare Gelegenheitsursache. Die erste, circa 20 Jahre zurück liegende Eruption soll nach Angabe des Patienten ebenfalls ausschliesslich auf derselben (linken) Seite gesessen haben. Seine Angaben über Ascendenz sind negativ, aber angeblich unzuverlässig.

als Stütze dienen müssen, spricht also jedenfalls ebensowenig für, als gegen die Theorie der chronischen Infection. Weiterhin wird gezeigt werden, dass eine andere Erklärung für diese Thatsache bedeutend mehr Wahrscheinlichkeit für sich in Anspruch nehmen darf.

Es folgt dann als nächste Stütze: „die eigenthümliche Erscheinung des Einflusses zufälliger oder provocatorischer Reizung, welche sich auch bei anderen Infectionskrankheiten z. B. bei Syphilis und Variola findet.“ Der Vergleich mit Syphilis steht hier an erster Stelle. Da muss denn doch mit allem Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass ein ganz enormer Unterschied besteht zwischen der Art und Weise wie Syphilis, und wie Psoriasis auf Reize antworten. Der Unterschied ist so gross, dass Köbner selbst, dessen systematischen Versuchen („das Köbner'sche Experiment“) wir die genaue Kenntniss dieser Verhältnisse bei Psoriasis verdanken, ihn in geeigneten Fällen als differentialdiagnostisches Moment der Syphilis gegenüber hervorhebt. Bei Psoriasis genügt ja bekanntlich das einfache Ritzen mit einer Nadel, um nach einem Intervall von einigen Tagen an einzelnen der gereizten Stellen Efflorescenzen hervorzurufen, aber nur dann, wenn — „der Psoriasisprocess“ in Ausbreitung begriffen ist. Bei Lues dagegen vermögen doch nur lang andauernde, stets dieselbe Stelle treffende Reize oder Schädlichkeiten Manifestationen der Krankheit an diesen dauernd gereizten Stellen zu erzeugen. Das ist aber nicht bloss bei florider Syphilis der Fall, sondern bekanntlich tritt zum Leidwesen von Arzt und Patienten das auch zu Zeiten auf, in denen kein einziges Symptom (mit Ausnahme vielleicht von mehr oder weniger deutlichen Drüsenschwellungen) die bestehende Infection mit Sicherheit documentirt.

Kopp führt schliesslich als letzten Grund, der für seine Ansicht spreche, den Umstand an, dass man Psoriasis nie als Arzneiexanthem beobachtet hat. Die Thatsache ist richtig; denn die drei Beobachtungen von Gowers an Epileptikern, bei denen nach monate- bis zwei Jahre langem Gebrauch von Borax sich Psoriasis einstellte, sind wie ich glaube, anders zu deuten, nicht im Sinne eines Arzneiexanthems, trotzdem nach Gowers auch noch Spencer derselben Ansicht sein soll, und nicht den geringsten Zweifel daran hegt, „dass Borax die Psoriasis verursachte, und Arsen sie heilte“. (I have not the slightest doubt that the borax caused the psoriasis or that the arsenic cured it.) Darauf werde ich noch später zurückzukommen haben. Dass Psoriasis nicht als Arzneiexanthem entsteht, ist leicht verständlich. Es ist sogar ganz unmöglich, dass diese Dermatose bei einem beliebigen Individuum als Arzneiexanthem entstehen kann, weil Psoriasis überhaupt nur auftritt, wenn eine Person bereits zu Psoriasis „disponirt“ ist („ererbte oder erworbene Disposition“), — darüber ist man ja wohl einig. Besteht aber die „Disposition“, dann ist ein den Intestinaltractus treffender Reiz gerade so gut im Stande Psoriaseruptionen zu beeinflussen, oder sogar auszulösen, als äussere directe Hautreize. Dafür gibt es so viele einwandsfreie Beobachtungen (ich

nenne z. B. nur Besnier,[8]) dass ein Zweifel daran heute nicht mehr erlaubt ist. Die Theorie der chronischen Infection entbehrt also ebenso des Haltes, wie die parasitäre Theorie selbst.

Ich gehe nun über zur Besprechung der nervösen, oder besser: der neuropathischen Theorie der Psoriasis.

Man kann eigentlich nicht sagen, dass es eine präcis formulirte Theorie sei, die unter der Bezeichnung „neuropathische Theorie der Psoriasis" zu verstehen ist. Es wird vielmehr von ihren Anhängern nur im Allgemeinen die Ueberzeugung ausgesprochen, dass Psoriasis nicht als eine oberflächliche Hauterkrankung angesehen werden darf, sondern dass sie die dermatopathische Ausserung eines pathologischen Vorganges ist, der sich auch an anderen Organen des Psoriatikers documentirt, daselbst natürlich in anderer Form, aber trotzdem in Coordination mit den Hautsymptomen; und von diesem pathologischen Vorgange nimmt man es als das Wahrscheinlichste an, dass er in irgend welcher Weise abhängig sei von Störungen des peripheren oder des centralen Nervensystems.

Es würde den Rahmen dieser Abhandlung bedeutend überschreiten, wollte ich alle hiehergehörigen Beobachtungen anführen. Ich muss mich auf die wichtigsten beschränken, namentlich auf diejenigen, an deren Publication theoretische Erwägungen angeschlossen sind. — Vor allen anderen sind hier zwei Arbeiten hervorzuheben: die von Polotebnoff[13]) und von Bourdillon.[14]) In seiner Monographie „Psoriasis" veröffentlichte Polotebnoff im Jahre 1891 *) 28 Psoriasiskrankengeschichten, in denen so auffallende Beziehungen zwischen der Hautaffection und dem Nervensystem zu Tage treten, dass das skeptische „Coincidenz!" verstummen muss. Bezüglich aller Details verweise ich auf das Original und erwähne hier nur einige der allgemeinen Schlussfolgerungen. Zunächst die Sätze in denen die ganze Arbeit gipfelt: „Meine Meinung geht daher dahin, dass die Psoriasis nur eins der vielfältigen Symptome einer vasomotorischen Neurose ist, bei der sich die Störungen in der Blutcirculation, wie sie in den verschiedenen Organen des Körpers vorkommen, bisweilen auch auf die Haut erstrecken. — Aus den Beobachtungen ist ersichtlich, dass das Auftreten der Psoriasis (der primären, oder recidiven) gewöhnlich mit der stärksten Entwicklung subjectiver oder objectiver Nervensymptome einhergeht. Jedesmal wenn sich die Patienten unter Verhältnisse begeben, welche die Ernährung und die Functionen des Nervensystems günstig beeinflussen (z. B. wenn sie ihre geistigen Beschäftigungen unterbrechen) so nehmen die nervösen Symptome rasch ab .... Gleichzeitig damit nimmt auch das Exanthem allmälig ab oder schwindet gänzlich. Die

*) Diese Monographie ist ein Auszug aus den, bereits 1886 (in russischer Sprache) erschienenen „Dermatologischen Studien", in denen Polotebnoff im Ganzen 67 Psoriasiskrankengeschichten mittheilt.

einen oder die anderen ungünstigen Bedingungen jedoch stören das Gleichgewicht der nervösen Functionen wiederum, und von neuem erscheint die vasomotorische Störung und damit die Psoriasis. — Die Erscheinung ist keine einfach zufällige Complication; sie ist regelmässig und tritt, wie ich mich in hunderten von Fällen überzeugt habe, unfehlbar ein."

Die zweite wichtige Arbeit ist die Promotions-„Thèse" von Bourdillon: „Psoriasis et arthropathies". Thibierge[6]) sagt von ihr: „la très remarquable thèse de M. Bourdillon, inspirée par M. Besnier." Es liegt hier also im Grunde Besnier's Ansicht vor. Sie ist formulirt wie folgt: „Ce qui semble le plus probable c'est que le trouble trophique est sous la dépendance de l'axe même qui préside aux fonctions de la peau, c'est à dire de la moelle, et plus exactement de cette partie de la moelle qui est le centre de la fonction de kératinisation. Cette altération n'est du recte probablement que fonctionnelle et provisoire, car à un moment donné la peau récouvre son état normal. Peut-être faudrait-il faire une exception pour le psoriasis invétéré. — Quant aux arthropathies elles-mêmes, avec leur appareil de contracture, d'amyotrophie, et de paralysie, elles éveillent bien souvent l'idée d'une lésion matérielle."

Ich stellte die hauptsächlichsten Schlusssätze aus den Arbeiten Polotebnoff's und Bourdillon's in ihrem Wortlaut voran, weil ihnen das Verdienst zukommt, zum ersten Mal in klarer und nachdrücklicher Weise dem Gedanken Ausdruck gegeben zu haben, dass Psoriasis eine durch Nerveneinfluss bedingte Krankheit sein müsse, ein Gedanke, der schon manchen (auch deutschen) Autoren nahe gelegen, aber nie mit voller Klarheit erfasst, sondern immer nur andeutungsweise, gleichsam schüchtern ausgesprochen wurde. — Ich erinnere hier nur z. B. daran, dass bereits 1878 Eulenburg[45]) in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten sich dahin äussert, dass „auch squamöse Exanthemformen, wie Psoriasis mit allgemeiner neuropathischer Disposition, mit Hysterie und Neurasthenie verbunden vorkommen, oder unter dem Einfluss geistiger Arbeit und Ueberanstrengung zunehmen". — Dass aber die Einsicht in diese Verhältnisse und dass die neuropathische Theorie als solche erst in den allerletzten Jahren anfängt, an Verbreitung zu gewinnen, geht wohl ziemlich deutlich daraus hervor, dass noch 1891 z. B. geschrieben werden konnte: [46]) „Die Ansicht Barduzzi's dass die Psoriasis eine Krankheit neurotischen Ursprungs sei, dürfte wohl vereinzelt dastehen."

Im Folgenden werde ich der Uebersichtlichkeit halber die Erörterung der Beobachtungen und Ansichten der Anhänger der neuropathischen Theorie unter zusammenfassende Gesichtspunkte subsummiren.

Um mit dem Anfang zu beginnen, wollen wir zunächst die Erblichkeit bei Psoriasis besprechen. — Die Frage wurde bereits im Vorhergehenden gestreift. Es wurde auf die so sehr differenten statistischen Angaben bezüglich des Vorhandenseins von Erblichkeit bei Psoriasis hingewiesen.

Mit der Statistik ist es bekanntlich ein eigen Ding. „Zahlen beweisen“ sagt man; gewiss! aber hier sind es eigentlich gar nicht Zahlen, die mit einander verglichen werden, sondern Ansichten, Auffassungen, und daher die Differenz! Mutatis mutandis gilt hier genau, was Spamer[15]) in seinem Vortrag: „Beobachtungen über Erblichkeit, besonders bei Psychosen und Neurosen“ sagte: „Die statistischen Angaben über die Procentzahl der Geisteskranken, bei denen ererbte Disposition zur Erkrankung nachzuweisen gewesen, schwankt in der enormen Weite von 4—90! Es illustrirt dies Beispiel einmal wieder auf's schlagendste, wie die Statistik nur dann Werth haben kann, wenn sie von wirklich einheitlichen Gesichtspunkten aus aufgestellt wurde. Derjenige, welcher um erbliche Anlage zu Psychosen notiren zu können, als Bedingung verlangt, dass eines der Eltern oder Grosseltern in einer Irrenanstalt gewesen sein müsse, der ist unbrauchbar zu solcher Statistik, und es kann nur schaden, wenn er solche treibt.“

In psoriatischen Familien ist es doch nicht die Hautkrankheit als solche, die sich vererbt, sondern die Disposition dazu, das wird ja allgemein zugegeben. Und das zu Psoriasis disponirende Moment ist ein abnormes Nervensystem, oder präciser, wie ich glaube, ein abnorm reizbares Nervensystem. Das geht schon jetzt aus den vorliegenden, besonders darauf gerichteten Untersuchungen deutlich hervor, und das wird sich immer deutlicher zeigen, wenn man sich erst allgemein von dem Dogma frei gemacht haben wird, Psoriasis als eine oberflächliche Hauterkrankung aufzufassen, bei den Psoriatikern „aus einer gewissen Entfernung, wie Polotebnoff sagt, den blühenden Gesundheitszustand zu bestimmen“ und deshalb „selbstverständlich“ (Lang) gar nicht erst nach etwaigen unauffälligen Krankheitssymptomen bei dem Patienten selbst, oder bei seiner Ascedenz zu suchen.

Bei dem Capitel Erblichkeit hat die Statistik also nicht zu erweisen die Erblichkeit der Psoriasis — die ist nicht constant, ja sogar ziemlich wechselnd; durchschnittlich wohl 40—50% — sondern die Erblichkeit bei Psoriasis, nämlich die Vererbung abnormer Reizbarkeit des Centralnervensystems in psoriatischen Familien, das ist das Massgebende.

Wenn nun auch dies Verhältniss immer deutlicher sich herausstellen wird, dass Psoriatische in der bei weitem grössten Zahl der Fälle mehr weniger neuropathischen Familien entstammen, so ist doch andererseits in neuropathischen Familien nicht etwa das Auftreten von Psoriasis als etwas Unausbleibliches zu erwarten. Es ist allerdings ein anscheinend recht häufiges Vorkommniss und wird von vielen Autoren angegeben. Hierher gehören meiner Ansicht nach die schon vorher erwähnten, von Gowers beobachteten drei Epileptiker, die an Psoriasis erkrankten. Dass es nicht der Gebrauch des Borax war, der die Dermatose erzeugt hat, geht schon daraus hervor, dass das Medicament 8 Monate bis zwei Jahre lang vorher in ziemlich erheblichen Dosen ohne Schaden gegeben wurde, und dass die Psoriasis nach so langer Zeit dann plötzlich einsetzte und

ziemlich rapid (in ungefähr 5 Wochen) grosse Ausdehnung erlangte, ohne dass vorher irgend welche Medicationsänderung erfolgt wäre. Von einer cumulativen Wirkung des Borax aber ist nichts bekannt.

Es gehört ferner unter mehreren ähnlichen Beobachtungen auch der von Rosenthal[47]) behandelte Tabetiker hierher, bei dem sich im Verlauf der Tabes eine ungemein hartnäckige Psoriasis einstellte, die sich durch „zahllose Rückfälle" auszeichnete. Das Vorkommen von Psoriasis in neuropathischen Familien wird ferner z. B. auch von Brocq[48]) bestätigt: „Il est banal, de voir dans une famille l'arthritisme ou le nervosisme remplacé chez un de ses membres par une éruption de psoriasis, et vice versa." Nebenbei stellt hier Brocq übrigens „arthritisme", „nervosisme" und „psoriasis" als Coordinate hin. Das ist nicht correct. Denn das was die französischen Autoren unter „arthritisme" verstehen, ist zwar höchstwahrscheinlich ein der Psoriasis coordinirtes Krankheitssymptom, aber keines von beiden „tritt an die Stelle" des „nervosisme", wie Brocq sagt, sondern sie sind von dem „nervosisme" abhängig. Es ist der „arthritisme" eine verschieden geartete Aeusserung derselben causa efficiens, nämlich, ganz allgemein ausgedrückt, eines pathologischen Zustandes des Centralnervensystems.

Wir kommen damit zu der Discussion der arthritischen Affectionen bei Psoriasis. Es ist dies ein Punkt, bezüglich dessen die Ansichten auch unter den Anhängern der neuropathischen Theorie getheilt sind. So äussert sich Duncan Bulkley:[16]) „The evidence incrases, however, that it is more or less closely allied to the blood-states which are known as the gouty and rheumatic." — Die gegentheilige Ansicht vertritt in etwas crasser Weise, Myrtle:[49]) „I hold that they have no more to do with gout, than tapeworm has; but like every other aberration of health, when they occur in a gouty subject they are all the more difficult of cure."

Es haben beide Autoren Recht und Unrecht. Das Unrecht fängt da an, wo in den Angaben das rein Klinische aufhört. Die Thatsache nämlich, dass Gelenkschwellungen, -schmerzen und -missbildungen, ferner Muskelschmerzen, -contracturen und -atrophien bei Psoriatikern nicht so selten vorkommen, und dass die Steigerung dieser Symptome gewöhnlich in ganz gesetzmässiger Weise zusammenfällt mit einer Steigerung des dermatopathischen Processes — diese Thatsache ist durch reichliche klinische Beobachtung aus Russland, Frankreich, England, Amerika, aber auch in neuerer Zeit aus Deutschland, sichergestellt. Von den letzteren Beobachtungen sei z. B. der Schütz'sche Fall citirt,[21]) in dem bei Psoriasis recidivans universalis mit Ausbruch des letzten Recidivs gleichzeitig „ein subacuter Gelenkrheumatismus der grossen Gelenke" einsetzte. Besonders aber scheint das Schultergelenk ergriffen gewesen zu sein, denn es „heilte mit theilweiser Ankylose (Hebungsfähigkeit bis zur Horizontalen)". Sehr lehrreich sind ferner auch die von Eger[51]) mitgetheilten Krankengeschichten von Psoriasispatienten, die an Gelenkerkrankungen litten.

Alle diese Gelenkaffectionen nun haben, aber, wie es scheint, weder mit acutem, noch chronischem Gelenkrheumatismus, noch mit „Rheumatismus“ schlechthin, noch endlich mit Gicht etwas zu thun. Das hat schon Polotebnoff[43]) hervorgehoben, das hat dann besonders auch Besnier[illegible]) und sein Schüler Bourdillon[44]) betont und jetzt kürzlich noch war es Gerhardt,[60]) der auf dem letzten (XIV.) Congress für innere Medicin in Wiesbaden in einem Vortrag „Ueber Rheumatoidkrankheiten“ darauf aufmerksam machte, dass es neben dem echten Gelenkrheumatismus, dessen Natur ja immer noch unbekannt ist, bei einer ganzen Reihe von Krankheitsformen, namentlich bei Infectionskrankheiten unechte Gelenkrheumatismen gibt; dass sich aber dann ausserdem noch eine andere Gruppe von Gelenkaffectionen findet bei den mit Neigung zu Blutungen einhergehenden Erkrankungen: Hämophilie, Purpura, Scorbut, und ferner bei polymorphem Erythem, bei schwerer Psoriasis, und hie und da bei Urticaria. Es gäbe also Rheumatoide, die offenbar nicht auf Spaltpilzerkrankungen zurückzuführen sind. Im Anschluss an diesen Vortrag schlug Quincke[54]) vor, die Ausdrücke „Rheumatismus“ und „Rheumatoid“, die doch immer etwas Aetiologisches in sich schliessen, ganz aus der Terminologie zu beseitigen, die Affection selbst als Arthritis oder Polyarthritis zu bezeichnen, und als Adjectivum die ätiologische Ursache beizufügen.

Diesem Vorschlag zufolge wären die arthritischen Affectionen bei Psoriasis als Arthritis und Polyarthritis neuropathica zu bezeichnen. Dass für eine Reihe von Gelenkaffectionen von den Neurologen der Ursprung in pathologischen Vorgängen des Centralnervensystems bereits angenommen wird, ist ja bekannt. So sagt Spamer[15]) in dem oben erwähnten Vortrage über Erblichkeit bei Psychosen und Neurosen, er möchte den allgemeinen Satz hervorheben, dass bei stärker belasteten Personen „die chronischen, sogenannten „Rheumatismen“ eine grosse Rolle spielen, welche natürlich nur die Bedeutung von chronischen Neuralgien haben, von Reizzuständen in centralen sensiblen Bahnen. Es ist der Fall nicht selten, dass nach längerer „Rheumatismus“-Behandlung ein Arzt vom plötzlichen Auftreten einer Psychose überrascht wird.“

Dass nun die bei Psoriasis beobachteten Arthritiden und Polyarthritiden, soweit sich aus den Krankengeschichten beurtheilen lässt, nichts mit Gelenkrheumatismus zu thun haben, das geht schon jetzt aus ihrem immerhin noch ungenügend präcisirten Symptomencomplex ziemlich deutlich hervor. So fehlt z. B. zunächst stets der Schüttelfrost, oder das Frösteln, mit dem die Scene bei acutem und subacutem Gelenkrheumatismus doch fast regelmässig eingeleitet wird. Bei Psoriasis pflegt ja überhaupt, selbst bei acutesten Ausbrüchen, Fieber völlig zu fehlen; ist es doch je vorhanden, so steigt es jedenfalls, soweit bekannt, nicht über 38°. Meines Wissens wird überhaupt nur von einem einzigen Fall in der gesammten Psoriasisliteratur berichtet (Seifert),[61]) dass der acute Ausbruch der Dermatose von Müdigkeit und Frösteln begleitet gewesen sei. Die bei Gelenkrheumatismus gewöhnlichen Temperaturen von 39° und

darüber kommen bei Psoriasis aber nicht vor, das ist Thatsache. — Das Oedem, die entzündliche Temperatursteigerung und Röthe der betroffenen Gelenke sind weitere wichtige und charakteristische Unterscheidungsmerkmale, von denen bei acutem und subacutem Gelenkrheumatismus ja selten das eine oder das andere fehlt, die aber nach den vorliegenden Beobachtungen bei den im Verlauf schwerer Psoriasis auftretenden neuropathischen Polyarthritiden fehlen. — Gicht ist schon durch den in der Mehrzahl der Fälle vorhandenen typischen ersten nächtlichen Anfall, der fast immer in einem der Zehengelenke localisirt ist, hinreichend unterschieden; doch sind es auch ausserdem besonders die Begleiterscheinungen der Gicht, welche eine Verwechselung erschweren. Die Differentialdiagnose dürfte allein bei chronischem Gelenkrheumatismus Schwierigkeiten darbieten, jedoch ist hier zu beachten, dass dem chronischen häufig ein acuter Gelenkrheumatismus mit seinen charakteristischen Symptomen vorausgegangen ist, und dass sich acute Exacerbationen im Verlauf des chronischen Gelenkrheumatismus nicht so selten einstellen. Aus einer Reihe von Beobachtungen, z. B. denen von Eger,[51]) ist ferner noch zu ersehen, dass selbst bei langandauernden, schweren Gelenkleiden Psoriatischer das Herz intact zu bleiben pflegt. — Dagegen ist ihre Eigenschaft, durch Salicyl wenig, oder gar nicht beeinflusst zu werden, differentialdiagnostisch nur mit Vorsicht zu verwerthen.

Wenn auch, wie bereits betont, der Symptomencomplex der Polyarthritiden bei schwerer Psoriasis also noch nicht mit genügender Genauigkeit festgelegt ist (was wohl hauptsächlich darauf zurückgeführt werden muss, dass diesen, anscheinend ziemlich seltenen Verhältnissen erst in neuester Zeit allmälig das verdiente Interesse zugewandt wird), so mehren sich doch bereits, auch in Deutschland, die Stimmen, welche diese eigenartigen Gelenkerkrankungen Psoriatischer, ebenso wie den dermatopathischen Process selbst, auf eine nervöse Ursache zurückzuführen geneigt sind. So theilte z. B. 1894 Gerhardt[62]) 3 Fälle von Gelenkerkrankungen bei Psoriasis mit, welche nach seiner Ansicht die Auffassung unterstützen, dass das beiden Processen zu Grunde liegende in einer Nervenerkrankung zu suchen sei.

Für die neuropathische Theorie der Psoriasis spricht ferner das Entstehen dieser Dermatose im unmittelbaren Anschluss an psychische Erregungszustände der verschiedensten Art. Hebra [1]) hat sich in seinem Lehrbuch bekanntlich sehr abfällig über diese schon damals in verschiedenen Krankengeschichten niedergelegten Beobachtungen geäussert. Er sprach solchen Erzählungen „einzelner, willkürlich gruppirter Erlebnisse" jegliche Beweiskraft ab; er verdächtigte „die Fähigkeit der betreffenden Erzähler zur Naturforschung". — Nun, die Sachlage ist heute eine andere: die Krankengeschichten, in denen der enge Nexus zwischen psychischen Affecten und dem Ausbruch von Psoriasiseruptionen klar zu Tage tritt, sind nichts weniger als vereinzelt, und der Zweifel an der „Fähigkeit zur Naturforschung" muss einem Besnier gegenüber wohl verstummen. Besnier aber ist es, der in den „notes et additions" zur

Uebersetzung des Kaposi'schen Lehrbuchs sich über diesen Punkt folgendermassen äussert:[8]) „Nombre de cas de psoriasis naissent en connexion si intime et si immédiate avec un accident grave subit, chagrin, terreur, commotion physique et morale simultanées (accident de chemin de fer par exemple) et subissent des recrudescences, des réapparitions si manifestes à la suite de ces conditions, que nous n'hésitons pas à affirmer la réalité du rapport."

Wie Ereignisse, welche die psychische Sphäre ungünstig beeinflussen, bei „Disponirten" eine Psoriasiseruption hervorrufen können, so ist auch manchmal das Umgekehrte der Fall. Schütz[21]) berichtet von zweien seiner Patienten, dass bei ihnen „die spontane Befreiung des ganzen Körpers von Psoriasis (was ja häufiger gelegentlich von Kranken behauptet wird) jedesmal auf Ferienreisen im Höhenklima eintrat. Beide Patienten gehörten dem Gelehrtenfache an, so dass an leichtfertige Behauptungen hierbei nicht gedacht werden kann." — Die interessante Beobachtung von Ssirski[63]) spricht in gleichem Sinne. Ssirski behandelte nämlich einen Tabetiker, der an Psoriasis litt, rein psychisch, d. h. suggestiv: Er gab ihm täglich Pillen aus Extract. liquirit., und ausserdem wöchentlich 1 bis 2mal ein lauwarmes Bad — nichts weiter, und konnte bereits nach 4 Wochen (also nach Verabfolgung von höchstens 7—8 Bädern) constatiren, dass der dem Status zufolge sehr ausgedehnte Psoriasisschub vollkommen geschwunden war. — Dieser psychisch-therapeutische Erfolg steht allerdings vorläufig völlig vereinzelt da, und man kann ihm deshalb entgegenhalten, dass hier das post hoc nicht mit dem propter hoc identificirt werden dürfe. Allein, mag man den Einwurf zu Recht bestehen lassen oder nicht, immerhin bleibt die auffallende Thatsache, dass ein intensiver Psoriasisschub innerhalb eines Zeitraumes von 4 Wochen ohne Anwendung der heroischen Schulmittel: Chrysarobin und Arsen, bei einfach exspectativer Behandlung vollständig abheilte.

Es erübrigt noch, verschiedene Einzelbeobachtungen zu besprechen, die sämmtlich eine befriedigende Erklärung nur in der Annahme eines neuropathischen Processes finden. Brocq[48]) gibt in seinem Lehrbuch an, eine Psoriasis zoniforme beobachtet zu haben. Coffin theilt mit, dass er an einem seiner Patienten die gleiche Beobachtung gemacht hat. Beide Angaben sind leider ohne weitere Details. Coffin aber hat bei seinem Falle gelegentlich einer Excision die im Bereich einer Psoriasisplaque gelegenen Hautnerven untersucht und intact gefunden (wie auch andere Autoren, darunter z. B. Kopp[12]) und Mantegazza)[64]) und glaubt deshalb, es sei „prématuré de considérer dès à présent le psoriasis comme une dermatoneurose trophique."

Ich bin genöthigt, auf diesen Einwand näher einzugehen, da er von verschiedenen Seiten gegen die neuropathische Theorie geltend gemacht wird.

Bereits weiter oben habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass die neuropathische Theorie durchaus keine scharf formulirte einheitliche Fassung hat, sondern dass die Einen glauben, der Sitz der Veränderungen

liege im centralen Nervensystem, während Andere der Ansicht sind, dass sich pathologische Vorgänge in den peripheren Nerven abspielen. Es ist klar, dass der aus den negativen Biopsie-Ergebnissen an den peripheren Nerven gefolgerte Einwand nur gegen die Anhänger der letzteren Ansicht sich wendet. Denn wenn man annimmt, der pathologische Process gehe im centralen Nervensystem vor sich, so ist nicht der geringste Grund vorhanden, Veränderungen der in den Psoriasisplaques gelegenen Nerven zu vermuthen. Der centrale pathologische Vorgang, durch die Nervenbahnen übermittelt, veranlasst, wie man sich vorstellt, durch die peripheren Nervenendigungen die betroffenen cutanen Zellcomplexe zu pathologischer Thätigkeit. Die Nerven selbst werden dadurch nicht verändert; sie sind ja nach dieser Annahme nur die leitenden Medien; es ist also sogar ein physiologisches Postulat, dass sie intact bleiben, weil sie sonst die centrale Ursache nicht in die periphere, die cutane Wirkung umsetzen könnten.

Es fragt sich nun, ob die andere Annahme, dass die neuropathischen Vorgänge bei Psoriasis ihren Sitz in peripheren Nerven haben, ohne weiteres deshalb von der Hand zu weisen sei, weil die Biopsie-Resultate in dieser Beziehung negativ waren. Es ist, glaube ich, darauf mit einem glatten „Nein“ zu antworten. Denn zunächst ist die Beweiskraft so weniger negativer Befunde immer eine zweifelhafte. Andererseits ist es aber auch sehr wohl denkbar, dass die supponirten pathologischen Vorgänge in den peripheren Nerven rein functioneller Natur seien könnten, und nicht die geringsten materiellen Spuren in der Substanz der Nerven selbst zurücklassen. Allein es sind klinische Gründe, welche die Annahme unhaltbar machen, Psoriasis sei durch periphere neuropathische Vorgänge bedingt. Ich komme darauf noch am Schlusse zurück. Vorläufig wollen wir uns wieder den Einzelbeobachtungen zuwenden, welche auf die enge Beziehung der Psoriasis zum Nervensystem überhaupt hinweisen.

Ich erwähne da weiterhin die Selbstbeobachtung eines anonymen englischen Collegen,[65]) der an Psoriasis litt, [eine Beobachtung, die auch dadurch Interesse beansprucht, dass auf Arsen nicht nur keine Besserung, sondern eine wesentliche Verschlimmerung eintrat. Der Hauptgrund, dessentwegen ich den Fall citire, ligt aber darin, dass der Verfasser glaubt, Gewicht auf die Thatsache legen zu sollen, dass Patienten mit Hautaffectionen übermässig sensitiv sind und durch beständige Beschäftigung der Gedanken mit ihrer Krankheit zuweilen nahezu monomaniakalisch werden, was zweifellos zur Verschlimmerung der Hautläsion beitragen könne. — Diesen Ausführungen kann ich mich nur bedingt anschliessen, und ich glaube, dass jeder der Gelegenheit hat, ein grösseres Krankenmaterial zu sehen, zugeben wird, dass die Indolenz vieler Patienten, selbst schweren Erkrankungen gegenüber, oft ganz unglaublich ist. Es entscheidet eben auch da die Individualität. Der anonyme Verfasser beging nun den Fehler, von sich auf Andere zu schliessen; die an sich selbst gemachten Beobachtungen zu verallgemeinern. Aus diesem falschen Schluss aber ergibt sich in diesem Falle ein richtiger Rück-

anknüpfend an diesen so ausserordentlich klaren Fall des weiteren schreibt: „Da bei diesem Kranken jedes sonstige Symptom von Rückenmarkserkrankung fehlte, und der Zustand so auffallend wechselte, musste bloss eine functionelle Störung (der Seitenstränge?) angenommen werden, welche reflectorisch von der kranken Haut ausgelöst wurde. Ausserdem war die Erregbarkeit des Lenden-Rückenmarks gewiss keine normale.“ Es wurden also selbst Beobachtungen so exquisiter neuropathischer Zustände bei Psoriatikern der herrschenden Theorie gewaltsam angepasst: man stellte die Hauteruption als das Primäre hin und hielt die Rückenmarkssymptome für das Secundäre, durch die Hauteruption reflectorisch angeregte! — Polotebnoff's und Besnier's Verdienst, den Kampf gegen das Euphorie-Dogma aufgenommen und auf die Abhängigkeit der Psoriasis von krankhaften Vorgängen im Nervensystem hingewiesen zu haben, ist deshalb gar nicht hoch genug zu schätzen. — Die grosse Zahl der seither erschienenen bestätigenden Beobachtungen zeigt immer deutlicher, dass diese Auffassung die richtige ist.

Wie steht es nun aber mit der Formulirung dieser Auffassung? Polotebnoff spricht ganz allgemein von einer vasomotorischen Neurose, bei der sich Störungen der Blutcirculation in allen Organen, bisweilen auch auf der Haut documentiren. Er spricht es nicht ausdrücklich aus, wo man sich den Sitz der vasomotorischen Neurose vorzustellen habe, central, oder peripher; doch geht aus der ganzen Art seiner Beweisführung hervor, dass er einen centralen Sitz der Neurose annimmt. Besnier-Bourdillon betonen es ausdrücklich, dass der Sitz der nervösen Störung in dem Rückenmark zu suchen sei. Der weiteren Ausführung Bourdillons, dass die trophischen Störungen der Haut „dépendent plus exactément de cette partie de la moelle, qui est le centre de la fonction de kératinisation“ kann ich mich allerdings nicht anschliessen.

Jedenfalls ist daran festzuhalten, dass es keine periphere Neurose ist, durch welche Psoriasis bedingt wird. Dagegen sprechen, wie erwähnt, klinische Beobachtungen, nämlich zunächst der oft so rapide Wechsel der cutanen Erscheinungen. Ganz unvereinbar aber mit dieser Annahme ist die Beobachtung einer streng halbseitigen Localisation, wie sie bei unserem Patienten vorhanden war.

Es lässt sich nun aber nicht leugnen, dass die Annahme einer centralen Trophoneurose (Bourdillon) oder vasomotorischen Neurose (Polotebnoff) bloss, wie bereits erwähnt, eine allgemeine Vorstellung kennzeichnet, aber keinerlei Erklärung des eigentlichen pathologischen Vorganges bei Psoriasis gibt. Das „Centrum der Keratinisation“ im Rückenmarke (Bourdillon) ist ein durch keine einzige physiologische Thatsache gestütztes hypothetisches Gebilde, und der Begriff „vasomotorische Neurose“ an und für sich lässt der Vorstellung ebenfalls einen all zu weiten Spielraum. Da hätten am Ende also die Gegner der neuropathischen Theorie doch nicht so Unrecht, wenn sie mit F. Hebra[2]) sagten: „Gewiss wird es Niemandem einfallen, die Nerven bei der Aetiologie der Dermatosen zur Unthätigkeit zu verdammen, aber ein anderes

ist es, etwas zu vermuthen oder zu glauben, ein anderes, etwas zu behaupten oder zu wissen. Heut zu Tage wird mit den Angioneurosen so umgesprungen, als wenn uns wirklich darüber etwas bekannt wäre."

Nun, Hebras „heut zu Tage" bezieht sich eben auf das Jahr 1872. Mittlerweile haben unsere Kenntnisse der angioneurotischen Vorgänge, Dank einer Reihe physiologischer Experimente, auf deren Resultate ich noch ausführlich zurückkommen muss, denn doch eine etwas festere Grundlage gewonnen. Indessen ist es nöthig, hier etwas weiter auszuholen, und zunächst einmal auf die pathologische Anatomie des psoriatischen Processes zurückzugreifen.

Zwei Befunde sind es, die von allen Untersuchern ziemlich übereinstimmend angegeben werden: Abnorme Verbreiterung des Rete, sowie der Hornschicht einerseits, und auffallende Erweiterung der Gefässe anderseits. Bei älteren Plaques, oder bei intensiverem Verlauf kommt noch als dritte, ziemlich constante Angabe hinzu: mehr oder weniger starke Infiltration des Corium und zwar zunächst in der Nähe der Gefässe. Nun besteht bekanntlich Meinungsverschiedenheit darüber, ob die Veränderung des Rete und der Hornschicht, oder ob die Gefässerweiterung das Primäre sei. Ja, man sagt sogar die Gefässerweiterung könne von vornherein als primäres Moment bei der Psoriasisefflorescenz gar nicht in Frage kommen, weil Hyperämie für die Ernährung der Gewebe überhaupt nicht bestimmend sei. Dabei beruft man sich auf Virchow,[80]) der in dem Capitel „Circulation und Blutmischung" seiner Cellularpathologie den „ebenso bequemen als trügerischen" Satz, dass die Hyperämie bestimmend sei für die Ernährung der Gewebe zurückzuweisen sucht; „Wenn man nämlich bei einem Thiere den Sympathicus am Halse durchschneidet, so bildet sich eine Hyperämie in der ganzen entsprechenden Kopfhälfte aus: Die Gefässe sind stark erweitert, das Ohr wird dunkelroth und heiss, die Conjunctiva und Nasenschleimhaut strotzend inicirt. Diese Hyperämie kann Tage, Wochen, Monate lang bestehen, ohne dass auch nur die mindeste gröbere, nutritive Störung daraus folgt" — sagt Virchow. Das ist aber trotzdem nicht zutreffend. Die Hyperämie nach einfacher Durchschneidung des Halssympathicus besteht nämlich nie Wochen oder Monate, sondern höchstens einige Tage lang. Die gegentheilige falsche Angabe kann man sonderbarer Weise oft genug lesen; ja, sie wird sogar irrthümlicher Weise auf Claude Bernard selbst zurückgeführt.

Ich glaube, die Sache liegt hier ähnlich wie bei den erwähnten Publicationen von Höring, Hafner und Tenholt: Es wird nach Citaten immer weiter citirt, nnd das Original selbst bleibt ungelesen. Claude Bernard[70]) schreibt nämlich klar und deutlich: „Toute la partie de la tête qui s'échauffe après la section du nerf (s. grand sympathique) devient le siège d'une circulation sanguine plus active. Les artères surtout semblent plus pleines et paraissent battre plus fort; cela se voit très — distinctement sur les vaisseaux de l'oreille, chez le lapin. Mais, les jours suivants, et quelquefois dès le lendemain,

cette turgescence vasculaire a considerablement diminué ou même disparu." — Auch Goltz[69]) gibt ausdrücklich an, „dass die nach der Durchschneidung von Gefässnerven auftretende Gefässerweiterung immer nur von sehr begrenzter Dauer ist." Die erwähnte Beweisführung Virchow's beruht also auf einer falschen Prämisse und ist damit hinfällig.

Es fragt sich nun aber immer noch, ob die Veränderung des Rete und der Hornschicht nicht doch das Primäre sei. Bei der Entscheidung dieser Frage müssen wir uns, glaube ich, an die klinischen Thatsachen halten, denn der gelegentliche Ausspruch Unnas,[71]) dass eine anatomische Untersuchung selbstverständlieh gegenüber allen, auf eine noch so genaue Kenntniss der normalen Verhältnisse und eine noch so geschickte Analyse der klinischen Thatsachen gegründeten Abstractionen das letzte Wort behalten muss", dieser Ausspruch besteht in einer derartigen Verallgemeinerung sicherlich nicht zu Recht. Das histologische Bild lässt sogar bekanntlich nicht so selten im Stich bei der Entscheidung der Frage, welcher von zwei nebeneinander bestehenden Processen der primäre gewesen sei. Für das klinische Verhalten gilt allerdings mitunter dasselbe. Verallgemeinerungen haben eben stets ihr Missliches.

Allein in unserem concreten Falle ist das klinische Verhalten durchaus eindeutig und, wie ich glaube, entscheidend. Es steht nämlich fest, 1. dass die kleinsten, eben noch sichtbaren Psoriasisefflorescenzen sich als rothe Pünktchen präsentiren, 2. dass zu Beginn eines jeden acuten allgemeinen Psoriasisausbruchs die charakteristische Psoriasisschuppung zunächst noch fehlt, so dass die Differentialdiagnose in solchen Fällen ihre Schwierigkeiten haben kann. 3. dass bei jeder noch im Zunehmen begriffenen Psoriasiseruption um die centrale Schuppenmasse herum ein, wenn auch feiner, so doch ganz deutlich ausgeprägter rother Saum sichtbar ist, 4. dass dieser rothe Saum bei stationären Efflorescenzen fehlt, 5. dass er ferner ebenfalls fehlt, wenn Efflorescenzen spontan, oder in Folge von Medication (hier kann natürlich nur interne Medication in Betracht kommen) im Abheilen begriffen sind. — Alle diese Thatsachen zusammen lassen keinen Zweifel darüber aufkommen, dass die Gefässerweiterung das Primäre, die Schuppenbildung das Secundäre bei dem psoriatischen Process ist.

Besnier allein, soviel mir bekannt (und mit ihm seine Schüler), erhebt scheinbar berechtigten Einspruch dagegen, und zwar ebenfalls auf klinische Beobachtung gestützt. Er sagt nämlich:[8]) „cliniquement nous avons vus bien souvent la squame être le prémier phénomène appréciable." Allein dem unbewaffneten Auge ist diese Wahrnehmung nicht möglich, sondern, wie noch kürzlich Feulard[72]) sich auf Besnier berufend feststellte: „On peut dire que la squame ne fait jamais dé faut, même sur les éléments les plus petits et les plus jeunes où on peut alors la constater à la loupe." Wenn nun aber eine oberflächlich gelegene der directen Beobachtung doch unmittelbar zugängliche Schuppe so

winzig ist, dass sie erst unter Zuhilfenahme eines Vergrösserungsglases wahrnehmbar gemacht werden kann, wer darf da behaupten, dass die unter der ganzen Dicke der noch ausserdem verbreiterten Epidermis verborgenen Blutgefässe noch nicht erweitert seien, weil man eine lebhaftere Färbung der Haut an dieser Stelle nicht constatiren könne? Sind die Schuppen erst einmal für das unbewaffnete Auge wahrnehmbar, dann ist immer, und zwar bereits geraume Zeit vorher eine lebhafte Röthung der betreffenden Stelle demonstrirbar gewesen und dann fehlt auch der Schuppe nicht der bekannte schmale periphere rothe Saum. Die minutiöse klinische Beobachtung *Besnier's* widerspricht also nach meinem Dafürhalten in keiner Weise der Thatsache, dass *der erste pathogene Vorgang bei dem Zustandekommen einer Psoriasisefflorescenz die Erweiterung der Blutgefässe ist.*

Die Gefässerweiterung wird nun verschieden gedeutet, und zwar als *vasoparalytischer* Vorgang von den Anhängern der neuropathischen Theorie, sofern sie sich nämlich überhaupt näher darüber äussern. Die Anhänger der parasitären Theorie und Alle, die sich beiden Theorien gegenüber noch indifferent, abwartend verhalten, glauben theils, dass die Erweiterung durch *entzündliche* Vorgänge, theils dass sie durch „*passive Stauung*“ zu Stande komme. Eine circumscripte acute active Hyperämie hält man deswegen für unwahrscheinlich, weil die reichen Collateralen der Haut und die den entsprechenden arteriellen Gefässen an Weite stets überlegenen Venen den sofortigen Abfluss eines auch abnorm starken Blutstromes mit Leichtigkeit bewerkstelligen könnten.

Sehen wir uns nach der Begründung dieser Ansichten um. — Wodurch man sich das Zustandekommen einer „*passiven Stauung*“[21]) in der Psoriasisefflorescenz ermöglicht denkt, wird nirgends angegeben Die von *Wertheim* supponirte Verstopfung der Capillaren durch Penicillium glaucum musste man ja längst fallen lassen, und eine andere die Blutströmung *primär* behindernde Ursache ist seither meines Wissens nicht bekannt gegeben worden. Die „passive Stauung“ ist also unbegründet.

Mit *entzündlichen Vorgängen* hat das histologische Bild bei Psoriasis, namentlich bei schon längerer Zeit bestehender Psoriasis, wenn das perivasculäre Gewebe mehr oder weniger mächtige Infiltration zeigt, unverkennbar *grosse* Aehnlichkeit. Das ist aber auch Alles. Aus dieser histologischen Aehnlichkeit allein darauf schliessen zu wollen, dass die Hyperämie bei Psoriasis ein entzündlicher Vorgang sei, ist durchaus nicht zulässig. Dem widerspricht das klinische Verhalten: Wer acute allgemeine Psoriasisausbrüche gesehen hat, und dabei constatiren konnte dass die Patienten ausser einem, manchmal ziemlich ausgesprochenen, aber durchaus nicht constanten Juckreiz auch nicht das mindeste körperliche Unbehagen empfinden, besonders dass sich ihre Körpertemperatur kaum hebt, jedenfalls 38° nicht überschreitet, statt, wie man bei einem entzündlichen Vorgang von gleicher Intensität erwarten müsste, auf die 40er Staffeln der Thermometerscala zu steigen — der wird sich die

Annahme eines entzündlichen Vorganges durch die blosse Aehnlichkeit der histologischen Bilder nicht aufzwängen lassen.

Bleibt noch die Besprechung zweier Möglichkeiten für die Auffassung der Hyperämie. Angioparetischer Vorgang, oder dessen Gegentheil: Hyperämie in Folge von Reizung der Vasodilatoren, sagen wir kurz: Angio erethischer Vorgang. Die Anatomie. resp. Histologie kann hier als Schiedsrichter nicht massgebend sein, denn ob nun die Vasodilatatoren gereizt, oder die Vasoconstrictoren gelähmt sind, der morphologische Erfolg ist natürlich derselbe. Im Biopsie-Materiale wird er überdies noch durch die Elasticität der musculösen arteriellen Wände, der ja dann von keiner Seite mehr das Gegengewicht gehalten wird erheblich beeinträchtigt. Wenn das nicht schon an sich vollkommen verständlich wäre, so geht es zudem noch deutlich aus dem überaus plastischen Bilde hervor, das Unna[73]) von Injectionspräparaten psoriatischer Efflorescenzen entwirft. Nach Unna erheben sich nämlich die arteriellen Capillaren für die Papillen in gestrecktem Laufe senkrecht von den horizontal verlaufenden, nur wenig erweiterten Arterien des oberen Netzes und theilen sich gewöhnlich, um zwei oder drei benachbarte Papillen zu versorgen. In den Papillenköpfen angekommen, werden sie aber in ihrer Lichtung weiter und nehmen so sehr an Länge zu, dass überall anstatt eines oberen Gefässbogens eine zwei- oder dreifache hin und hergebogene Schlinge oder selbst ein ganzes Schlingenconvolut entsteht, welches an die Stelle des obersten Theiles des absteigenden venösen Schenkels der Capillaren tritt. Dann folgt an einem weiter abwärts gelegenen Punkte, meistens in der Mitte, oder im unteren Dritte der Papille eine ziemlich plötzliche beträchtliche Erweiterung des Lumens dieser capillaren Vene, die damit sofort wieder einen gestreckteren Verlauf erhält und im Halse der Papille als ein weiter Schlauch neben dem weit engeren arteriellen Schenkel erscheint. Aus der Vereinigung dieser weiten venösen Capillaren entstehen nun die ungemein ektatischen Venen des oberen Gefässnetzes, welche an allen Injectionspräparaten der psoriatischen Haut zuerst die Aufmerksamkeit auf sich lenken." Unna glaubt nun allerdings, dass die Schlingenbildung „nicht allein aus einer arteriellen Parese und hohem Blutdruck abgeleitet werden kann, sondern dass für die zunächst der Oberhaut gelegenen Theile des Capillarsystems, d. i. für den papillaren Gefässbogen noch ein ganz besonderes, Blutstauung herbeiführendes (chemotaktisches) Moment hinzukommen muss, welches auf denselben erst verlängernd, dann erweiternd einwirkt. Dasselbe ist als speciell zur Psoriasis gehörig, nicht ausser Acht zu lassen."

Es schwebt Unna hier, glaube ich, sein „Monokokken"-Befund in den Psoriasisschuppen vor. Allein das Heranziehen eines völlig hypothetischen, „ganz besonderen, Blutstauung herbeiführenden Momentes" ist nach meinem Dafürhalten gar nicht nöthig, um dieses trefflich detaillirte Injectionsbild einer Psoriasisefflorescenz zu erklären, d. h. zu verstehen. Die Annahme eines angioerethischen Vorganges, also die Annahme, dass die Hyperämie der Psoriasisenflores-

cenzen auf Reizung der Vasodilatatoren zurückzuführen sei (auf die Begründung dieser meiner Annahme komme ich sogleich ausführlich zurück) ist vollkommen ausreichend, und deckt sich durchaus mit dem von Unna entworfenen Bilde.

Wenn nämlich die kleinen, zu den Papillen selbst aufsteigenden Arterienästchen durch Reizung der erweiternden Fasern an Lumen zunehmen, dann können die collateralen Gefässe eine Vermehrung der Blutmenge dort nicht verhindern, weil sie ja überhaupt an so peripherer Stelle gar nicht mehr in Betracht kommen: Eine active Erweiterung dieser zu den einzelnen Papillen ziehenden kleinen Arterien bringt unabweisbar bei gleichbleibendem allgemeinem Blutdrucke eine Vermehrung der Blutmenge in den betreffenden Papillen mit sich. Die intrapapilläre arterielle Capillare gibt nach, bekommt ein weiteres Lumen. Da sie in der Richtung des aufsteigenden Blutstroms verläuft, bietet sie sonst kein Hinderniss dar und wird deshalb nicht weiter verändert. Anders ist es mit der papillären Gefässschlinge. Hier findet der erste Anprall des verstärkten Blutstroms gegen einen ansehnlichen mechanischen Widerstand statt, weil die Blutbahn eben an dieser Stelle in eine andere Richtung abgelenkt wird. Und meiner Ansicht nach ist dieses rein mechanische Moment allerdings genügend, um den papillären Capillarbogen auf die Dauer nach jeder Richtung hin zu dehnen, sowohl in die Breite, als auch in die Länge. Dass dann am absteigenden Schenkel, also in der venösen Capillare sich eine „ziemlich plötzliche beträchtliche Erweiterung des Lumen" zeigt, das ist die nothwendige Folge des Umstandes, dass jede einzelne Vene für sich und damit auch das ganze obere cutano Venennetz der betroffenen Stelle trotz der schon normaliter grösseren Venenweite doch nicht mehr im Stande ist, schnell genug den andringenden Blutstrom passiren zu lassen, weil die übrigen Hautvenen nicht in dem Masse ausgleichend wirken können, da ja eine jede ausserdem ihre gewöhnliche Arbeit zu leisten hat. An dieser Stelle tritt dann also allerdings eine (secundäre) passive Stauung ein, denn die vis a tergo muss sich in den Venenwurzeln fühlbar machen; der Ausgleich erfolgt durch starkes Nachgeben der Venenwände.

Dass im mikroskopischen Bilde die Dilatation der Arterien viel weniger in Erscheinung tritt, ist, glaube ich, ganz natürlich, denn die von mir angenommene Reizung der Vasodilatatoren bei Psoriasis ist ja ein Lebensvorgang. Ist das Gewebe abgestorben, hört der Reiz auf, so tritt die Elasticität des starken arteriellen Muskelmantels in ihre Rechte, und deshalb gibt das „nur wenig erweiterte" Lumen der Arterien kein getreues Bild des Vorganges wie er im lebenden Gewebe sich abspielte. Der Spiegel dieser Verhältnisse ist aber (ausser der Infiltration) die erweiterte aufsteigende, die in Schlingen geworfene terminale und die ausgebuchtete absteigende Papillarcapillare mit dem sich anschliessenden ganz beträchtlich erweiterten oberen, cutanen Venennetz.

Es wären nunmehr die Gründe anzuführen, welche mich als anatomische Grundlage der Psoriasis nicht einen angio paretischen,

sondern einen angio erethischen Vorgang annehmen lassen. Ich erwähnte bereits, dass, und weshalb die Histologie hierbei nicht, den Ausschlag geben kann. Physiologische Thatsachen sind es vielmehr, welche mich in meiner Annahme unterstützen.

Die alte Ansicht, nach welcher der Tonus der Gefässe nur bestehen soll, wenn die Nervenverbindungen mit dem vasomotorischen Centrum, das die Meisten in die Medulla oblongata verlegten, unversehrt sind, diese Ansicht hat Goltz [69]) wiederlegt. Er zeigte zunächst, dass — wie ja auch schon Claude Bernard betont (siehe weiter oben) — die Gefässerweiterung nach Durchschneidung der zugehörigen Gefässnerven stets nur von sehr begrenzter Dauer ist. Goltz wartete nun bei einem Hunde mit zerstörtem Lendenmark das Rückgängigwerden der Gefässerweiterung ab, schnitt darauf ein Stück des Nervus ischiadicus aus, und „es ergab sich die merkwürdige Thatsache, dass die Temperatur in dem entsprechenden Bein sich noch um mehr als 9° steigerte.“ Nun war ja aber die Verbindung mit dem vasomotorischen Centrum durch die Zerstörung des Lendenmarks doch bereits aufgehoben. Es ergibt sich also die zwingende Folgerung, dass die nach Zerstörung des Lendenmarks eingetretene erste Hyperämie nicht als Lähmungserscheinung gedeutet werden kann, denn sonst hätte die folgende Ausschneidung eines Stückes Ischiadicus doch nicht den geringsten Einfluss mehr äussern dürfen. Es bleibt also nur der Schluss, dass jeder der beiden Eingriffe auf die Gefässe als Reiz wirkte.

Goltz modificirte diese Versuche nach den verschiedensten Richtungen hin — das Resultat blieb stets das gleiche. Es ist also die Richtigkeit der Goltz'schen Ansicht erwiesen, dass nämlich „die Gefässerweiterung nach der Durchschneidung von Nerven nicht dadurch zu Stande kommt, dass durch diesen Eingriff gefässverengernde Nerven gelähmt, sondern vielmehr dadurch, dass gefässerweiternde Fasern gereizt werden.“

Aus diesen Experimenten lässt sich aber gleichzeitig, wie Goltz gezeigt, und später unter Anderen Kendall und Luchsinger [74]) durch weitere Experimente bestätigt haben, noch ein zweiter, ebenfalls unanfechtbarer Schluss ziehen. Goltz [69]) sagt: „Da ich fand, dass der Tonus der Gefässe keineswegs für immer erlischt, wenn jeder nachweisbare Nervenzusammenhang mit dem Hirn und Rückenmark aufgehoben ist, so musste ich schliessen, dass der Tonus der Gefässe der Hauptsache nach von Einrichtungen abhängt, welche weit entfernt von den grossen Nervencentren in unmittelbarer Nähe von den Gefässen selbst gelegen sind. Am bequemsten schien mir danach die Hypothese, dass diese peripherischen Einrichtungen, welche den Tonus der Gefässe beherrschen, in Ganglienzellen zu suchen sind, welche in, oder neben der Gefässwand liegen, und eine ähnliche Selbständigkeit besitzen, wie die Ganglienzellen der Herzsubstanz.“ — Der anatomische Nachweis dieses physiologischen Postulates steht vorläufig allerdings noch aus; das vermag aber nicht im geringsten an den Thatsachen und Schlüssen zu rütteln, die sich aus den erwähnten Experimenten ergeben haben.

cenzen auf Reizung der Vasodilatatoren zurückzuführen sei (auf die Begründung dieser meiner Annahme komme ich sogleich ausführlich zurück) ist vollkommen ausreichend, und deckt sich durchaus mit dem von Unna entworfenen Bilde.

Wenn nämlich die kleinen, zu den Papillen selbst aufsteigenden Arterienästchen durch Reizung der erweiternden Fasern an Lumen zunehmen, dann können die collateralen Gefässe eine Vermehrung der Blutmenge dort nicht verhindern, weil sie ja überhaupt an so peripherer Stelle gar nicht mehr in Betracht kommen: Eine active Erweiterung dieser zu den einzelnen Papillen ziehenden kleinen Arterien bringt unabweisbar bei gleichbleibendem allgemeinem Blutdrucke eine Vermehrung der Blutmenge in den betreffenden Papillen mit sich. Die intrapapilläre arterielle Capillare gibt nach, bekommt ein weiteres Lumen. Da sie in der Richtung des aufsteigenden Blutstroms verläuft, bietet sie sonst kein Hinderniss dar und wird deshalb nicht weiter verändert. Anders ist es mit der papillären Gefässschlinge. Hier findet der erste Anprall des verstärkten Blutstroms gegen einen ansehnlichen mechanischen Widerstand statt, weil die Blutbahn eben an dieser Stelle in eine andere Richtung abgelenkt wird. Und meiner Ansicht nach ist dieses rein mechanische Moment allerdings genügend, um den papillären Capillarbogen auf die Dauer nach jeder Richtung hin zu dehnen, sowohl in die Breite, als auch in die Länge. Dass dann am absteigenden Schenkel, also in der venösen Capillare sich eine „ziemlich plötzliche beträchtliche Erweiterung des Lumen" zeigt, das ist die nothwendige Folge des Umstandes, dass jede einzelne Vene für sich und damit auch das ganze obere cutane Venennetz der betroffenen Stelle trotz der schon normaliter grösseren Venenweite doch nicht mehr im Stande ist, schnell genug den andringenden Blutstrom passiren zu lassen, weil die übrigen Hautvenen nicht in dem Masse ausgleichend wirken können, da ja eine jede ausserdem ihre gewöhnliche Arbeit zu leisten hat. An dieser Stelle tritt dann also allerdings eine (secundäre) passive Stauung ein, denn die vis a tergo muss sich in den Venenwurzeln fühlbar machen; der Ausgleich erfolgt durch starkes Nachgeben der Venenwände.

Dass im mikroskopischen Bilde die Dilatation der Arterien viel weniger in Erscheinung tritt, ist, glaube ich, ganz natürlich, denn die von mir angenommene Reizung der Vasodilatatoren bei Psoriasis ist ja ein Lebensvorgang. Ist das Gewebe abgestorben, hört der Reiz auf, so tritt die Elasticität des starken arteriellen Muskelmantels in ihre Rechte, und deshalb gibt das „nur wenig erweiterte" Lumen der Arterien kein getreues Bild des Vorganges wie er im lebenden Gewebe sich abspielte. Der Spiegel dieser Verhältnisse ist aber (ausser der Infiltration) die erweiterte aufsteigende, die in Schlingen geworfene terminale und die ausgebuchtete absteigende Papillarcapillare mit dem sich anschliessenden ganz beträchtlich erweiterten oberen, cutanen Venennetz.

Es wären nunmehr die Gründe anzuführen, welche mich als anatomische Grundlage der Psoriasis nicht einen angio paretischen,

sondern einen angio erethischen Vorgang annehmen lassen. Ich erwähnte bereits, dass, und weshalb die Histologie hierbei nicht, den Ausschlag geben kann. Physiologische Thatsachen sind es vielmehr, welche mich in meiner Annahme unterstützen.

Die alte Ansicht, nach welcher der Tonus der Gefässe nur bestehen soll, wenn die Nervenverbindungen mit dem vasomotorischen Centrum, das die Meisten in die Medulla oblongata verlegten, unversehrt sind, diese Ansicht hat Goltz [69]) wiederlegt. Er zeigte zunächst, dass — wie ja auch schon Claude Bernard betont (siehe weiter oben) — die Gefässerweiterung nach Durchschneidung der zugehörigen Gefässnerven stets nur von sehr begrenzter Dauer ist. Goltz wartete nun bei einem Hunde mit zerstörtem Lendenmark das Rückgängigwerden der Gefässerweiterung ab, schnitt darauf ein Stück des Nervus ischiadicus aus, und „es ergab sich die merkwürdige Thatsache, dass die Temperatur in dem entsprechenden Bein sich noch um mehr als 9° steigerte.“ Nun war ja aber die Verbindung mit dem vasomotorischen Centrum durch die Zerstörung des Lendenmarks doch bereits aufgehoben. Es ergibt sich also die zwingende Folgerung, dass die nach Zerstörung des Lendenmarks eingetretene erste Hyperämie nicht als Lähmungserscheinung gedeutet werden kann, denn sonst hätte die folgende Ausschneidung eines Stückes Ischiadicus doch nicht den geringsten Einfluss mehr äussern dürfen. Es bleibt also nur der Schluss, dass jeder der beiden Eingriffe auf die Gefässe als Reiz wirkte.

Goltz modificirte diese Versuche nach den verschiedensten Richtungen hin — das Resultat blieb stets das gleiche. Es ist also die Richtigkeit der Goltz'schen Ansicht erwiesen, dass nämlich „die Gefässerweiterung nach der Durchschneidung von Nerven nicht dadurch zu Stande kommt, dass durch diesen Eingriff gefässverengernde Nerven gelähmt, sondern vielmehr dadurch, dass gefässerweiternde Fasern gereizt werden.“

Aus diesen Experimenten lässt sich aber gleichzeitig, wie Goltz gezeigt, und später unter Anderen Kondall und Luchsinger [74]) durch weitere Experimente bestätigt haben, noch ein zweiter, ebenfalls unanfechtbarer Schluss ziehen. Goltz [69]) sagt: „Da ich fand, dass der Tonus der Gefässe keineswegs für immer erlischt, wenn jeder nachweisbare Nervenzusammenhang mit dem Hirn und Rückenmark aufgehoben ist, so musste ich schliessen, dass der Tonus der Gefässe der Hauptsache nach von Einrichtungen abhängt, welche weit entfernt von den grossen Nervencentren in unmittelbarer Nähe von den Gefässen selbst gelegen sind. Am bequemsten schien mir danach die Hypothese, dass diese peripherischen Einrichtungen, welche den Tonus der Gefässe beherrschen, in Ganglienzellen zu suchen sind, welche in, oder neben der Gefässwand liegen, und eine ähnliche Selbständigkeit besitzen, wie die Ganglienzellen der Herzsubstanz.“ — Der anatomische Nachweis dieses physiologischen Postulates steht vorläufig allerdings noch aus; das vermag aber nicht im geringsten an den Thatsachen und Schlüssen zu rütteln, die sich aus den erwähnten Experimenten ergeben haben.

cenzen auf Reizung der Vasodilatatoren zurückzuführen sei (auf die Begründung dieser meiner Annahme komme ich sogleich ausführlich zurück) ist vollkommen ausreichend, und deckt sich durchaus mit dem von Unna entworfenen Bilde.

Wenn nämlich die kleinen, zu den Papillen selbst aufsteigenden Arterienästchen durch Reizung der erweiternden Fasern an Lumen zunehmen, dann können die collateralen Gefässe eine Vermehrung der Blutmenge dort nicht verhindern, weil sie ja überhaupt an so peripherer Stelle gar nicht mehr in Betracht kommen: Eine active Erweiterung dieser zu den einzelnen Papillen ziehenden kleinen Arterien bringt unabweisbar bei gleichbleibendem allgemeinem Blutdrucke eine Vermehrung der Blutmenge in den betreffenden Papillen mit sich. Die intrapapilläre arterielle Capillare gibt nach, bekommt ein weiteres Lumen. Da sie in der Richtung des aufsteigenden Blutstroms verläuft, bietet sie sonst kein Hinderniss dar und wird deshalb nicht weiter verändert. Anders ist es mit der papillären Gefässschlinge. Hier findet der erste Anprall des verstärkten Blutstroms gegen einen ansehnlichen mechanischen Widerstand statt, weil die Blutbahn eben an dieser Stelle in eine andere Richtung abgelenkt wird. Und meiner Ansicht nach ist dieses rein mechanische Moment allerdings genügend, um den papillären Capillarbogen auf die Dauer nach jeder Richtung hin zu dehnen, sowohl in die Breite, als auch in die Länge. Dass dann am absteigenden Schenkel, also in der venösen Capillare sich eine „ziemlich plötzliche beträchtliche Erweiterung des Lumen" zeigt, das ist die nothwendige Folge des Umstandes, dass jede einzelne Vene für sich und damit auch das ganze obere cutane Venennetz der betroffenen Stelle trotz der schon normaliter grösseren Venenweite doch nicht mehr im Stande ist, schnell genug den andringenden Blutstrom passiren zu lassen, weil die übrigen Hautvenen nicht in dem Masse ausgleichend wirken können, da ja eine jede ausserdem ihre gewöhnliche Arbeit zu leisten hat. An dieser Stelle tritt dann also allerdings eine (secundäre) passive Stauung ein, denn die vis a tergo muss sich in den Venenwurzeln fühlbar machen; der Ausgleich erfolgt durch starkes Nachgeben der Venenwände.

Dass im mikroskopischen Bilde die Dilatation der Arterien viel weniger in Erscheinung tritt, ist, glaube ich, ganz natürlich, denn die von mir angenommene Reizung der Vasodilatatoren bei Psoriasis ist ja ein Lebensvorgang. Ist das Gewebe abgestorben, hört der Reiz auf, so tritt die Elasticität des starken arteriellen Muskelmantels in ihre Rechte, und deshalb gibt das „nur wenig erweiterte" Lumen der Arterien kein getreues Bild des Vorganges wie er im lebenden Gewebe sich abspielte. Der Spiegel dieser Verhältnisse ist aber (ausser der Infiltration) die erweiterte aufsteigende, die in Schlingen geworfene terminale und die ausgebuchtete absteigende Papillarcapillare mit dem sich anschliessenden ganz beträchtlich erweiterten oberen, cutanen Venennetz.

Es wären nunmehr die Gründe anzuführen, welche mich als anatomische Grundlage der Psoriasis nicht einen angio paretischen,

sondern einen angio erethischen Vorgang annehmen lassen. Ich erwähnte bereits, dass, und weshalb die Histologie hierbei nicht, den Ausschlag geben kann. Physiologische Thatsachen sind es vielmehr, welche mich in meiner Annahme unterstützen.

Die alte Ansicht, nach welcher der Tonus der Gefässe nur bestehen soll, wenn die Nervenverbindungen mit dem vasomotorischen Centrum, das die Meisten in die Medulla oblongata verlegten, unversehrt sind, diese Ansicht hat Goltz [69]) wiederlegt. Er zeigte zunächst, dass — wie ja auch schon Claude Bernard betont (siehe weiter oben) — die Gefässerweiterung nach Durchschneidung der zugehörigen Gefässnerven stets nur von sehr begrenzter Dauer ist. Goltz wartete nun bei einem Hunde mit zerstörtem Lendenmark das Rückgängigwerden der Gefässerweiterung ab, schnitt darauf ein Stück des Nervus ischiadicus aus, und „es ergab sich die merkwürdige Thatsache, dass die Temperatur in dem entsprechenden Bein sich noch um mehr als 9° steigerte.“ Nun war ja aber die Verbindung mit dem vasomotorischen Centrum durch die Zerstörung des Lendenmarks doch bereits aufgehoben. Es ergibt sich also die zwingende Folgerung, dass die nach Zerstörung des Lendenmarks eingetretene erste Hyperämie nicht als Lähmungserscheinung gedeutet werden kann, denn sonst hätte die folgende Ausschneidung eines Stückes Ischiadicus doch nicht den geringsten Einfluss mehr äussern dürfen. Es bleibt also nur der Schluss, dass jeder der beiden Eingriffe auf die Gefässe als Reiz wirkte.

Goltz modificirte diese Versuche nach den verschiedensten Richtungen hin — das Resultat blieb stets das gleiche. Es ist also die Richtigkeit der Goltz'schen Ansicht erwiesen, dass nämlich „die Gefässerweiterung nach der Durchschneidung von Nerven nicht dadurch zu Stande kommt, dass durch diesen Eingriff gefässverengernde Nerven gelähmt, sondern vielmehr dadurch, dass gefässerweiternde Fasern gereizt werden.“

Aus diesen Experimenten lässt sich aber gleichzeitig, wie Goltz gezeigt, und später unter Anderen Kondall und Luchsinger [74]) durch weitere Experimente bestätigt haben, noch ein zweiter, ebenfalls unanfechtbarer Schluss ziehen. Goltz [69]) sagt: „Da ich fand, dass der Tonus der Gefässe keineswegs für immer erlischt, wenn jeder nachweisbare Nervenzusammenhang mit dem Hirn und Rückenmark aufgehoben ist, so musste ich schliessen, dass der Tonus der Gefässe der Hauptsache nach von Einrichtungen abhängt, welche weit entfernt von den grossen Nervencentren in unmittelbarer Nähe von den Gefässen selbst gelegen sind. Am bequemsten schien mir danach die Hypothese, dass diese peripherischen Einrichtungen, welche den Tonus der Gefässe beherrschen, in Ganglienzellen zu suchen sind, welche in, oder neben der Gefässwand liegen, und eine ähnliche Selbständigkeit besitzen, wie die Ganglienzellen der Herzsubstanz.“ — Der anatomische Nachweis dieses physiologischen Postulates steht vorläufig allerdings noch aus; das vermag aber nicht im geringsten an den Thatsachen und Schlüssen zu rütteln, die sich aus den erwähnten Experimenten ergeben haben.

cenzen auf Reizung der Vasodilatatoren zurückzuführen sei (auf die Begründung dieser meiner Annahme komme ich sogleich ausführlich zurück) ist vollkommen ausreichend, und deckt sich durchaus mit dem von Unna entworfenen Bilde.

Wenn nämlich die kleinen, zu den Papillen selbst aufsteigenden Arterienästchen durch Reizung der erweiternden Fasern an Lumen zunehmen, dann können die collateralen Gefässe eine Vermehrung der Blutmenge dort nicht verhindern, weil sie ja überhaupt an so peripherer Stelle gar nicht mehr in Betracht kommen: Eine active Erweiterung dieser zu den einzelnen Papillen ziehenden kleinen Arterien bringt unabweisbar bei gleichbleibendem allgemeinem Blutdrucke eine Vermehrung der Blutmenge in den betreffenden Papillen mit sich. Die intrapapilläre arterielle Capillare gibt nach, bekommt ein weiteres Lumen. Da sie in der Richtung des aufsteigenden Blutstroms verläuft, bietet sie sonst kein Hinderniss dar und wird deshalb nicht weiter verändert. Anders ist es mit der papillären Gefässschlinge. Hier findet der erste Anprall des verstärkten Blutstroms gegen einen ansehnlichen mechanischen Widerstand statt, weil die Blutbahn eben an dieser Stelle in eine andere Richtung abgelenkt wird. Und meiner Ansicht nach ist dieses rein mechanische Moment allerdings genügend, um den papillären Capillarbogen auf die Dauer nach jeder Richtung hin zu dehnen, sowohl in die Breite, als auch in die Länge. Dass dann am absteigenden Schenkel, also in der venösen Capillare sich eine „ziemlich plötzliche beträchtliche Erweiterung des Lumen“ zeigt, das ist die nothwendige Folge des Umstandes, dass jede einzelne Vene für sich und damit auch das ganze obere cutane Venennetz der betroffenen Stelle trotz der schon normaliter grösseren Venenweite doch nicht mehr im Stande ist, schnell genug den andringenden Blutstrom passiren zu lassen, weil die übrigen Hautvenen nicht in dem Masse ausgleichend wirken können, da ja eine jede ausserdem ihre gewöhnliche Arbeit zu leisten hat. An dieser Stelle tritt dann also allerdings eine (secundäre) passive Stauung ein, denn die vis a tergo muss sich in den Venenwurzeln fühlbar machen; der Ausgleich erfolgt durch starkes Nachgeben der Venenwände.

Dass im mikroskopischen Bilde die Dilatation der Arterien viel weniger in Erscheinung tritt, ist, glaube ich, ganz natürlich, denn die von mir angenommene Reizung der Vasodilatatoren bei Psoriasis ist ja ein Lebensvorgang. Ist das Gewebe abgestorben, hört der Reiz auf, so tritt die Elasticität des starken arteriellen Muskelmantels in ihre Rechte, und deshalb gibt das „nur wenig erweiterte“ Lumen der Arterien kein getreues Bild des Vorganges wie er im lebenden Gewebe sich abspielte. Der Spiegel dieser Verhältnisse ist aber (ausser der Infiltration) die erweiterte aufsteigende, die in Schlingen geworfene terminale und die ausgebuchtete absteigende Papillarcapillare mit dem sich anschliessenden ganz beträchtlich erweiterten oberen, cutanen Venennetz.

Es wären nunmehr die Gründe anzuführen, welche mich als anatomische Grundlage der Psoriasis nicht einen angio paretischen,

sondern einen angio erethischen Vorgang annehmen lassen. Ich erwähnte bereits, dass, und weshalb die Histologie hierbei nicht, den Ausschlag geben kann. Physiologische Thatsachen sind es vielmehr, welche mich in meiner Annahme unterstützen.

Die alte Ansicht, nach welcher der Tonus der Gefässe nur bestehen soll, wenn die Nervenverbindungen mit dem vasomotorischen Centrum, das die Meisten in die Medulla oblongata verlegten, unversehrt sind, diese Ansicht hat Goltz [69]) wiederlegt. Er zeigte zunächst, dass — wie ja auch schon Claude Bernard betont (siehe weiter oben) — die Gefässerweiterung nach Durchschneidung der zugehörigen Gefässnerven stets nur von sehr begrenzter Dauer ist. Goltz wartete nun bei einem Hunde mit zerstörtem Lendenmark das Rückgängigwerden der Gefässerweiterung ab, schnitt darauf ein Stück des Nervus ischiadicus aus, und „es ergab sich die merkwürdige Thatsache, dass die Temperatur in dem entsprechenden Bein sich noch um mehr als 9° steigerte.“ Nun war ja aber die Verbindung mit dem vasomotorischen Centrum durch die Zerstörung des Lendenmarks doch bereits aufgehoben. Es ergibt sich also die zwingende Folgerung, dass die nach Zerstörung des Lendenmarks eingetretene erste Hyperämie nicht als Lähmungserscheinung gedeutet werden kann, denn sonst hätte die folgende Ausschneidung eines Stückes Ischiadicus doch nicht den geringsten Einfluss mehr äussern dürfen. Es bleibt also nur der Schluss, dass jeder der beiden Eingriffe auf die Gefässe als Reiz wirkte.

Goltz modificirte diese Versuche nach den verschiedensten Richtungen hin — das Resultat blieb stets das gleiche. Es ist also die Richtigkeit der Goltz'schen Ansicht erwiesen, dass nämlich „die Gefässerweiterung nach der Durchschneidung von Nerven nicht dadurch zu Stande kommt, dass durch diesen Eingriff gefässverengernde Nerven gelähmt, sondern vielmehr dadurch, dass gefässerweiternde Fasern gereizt werden.“

Aus diesen Experimenten lässt sich aber gleichzeitig, wie Goltz gezeigt, und später unter Anderen Kendall und Luchsinger [74]) durch weitere Experimente bestätigt haben, noch ein zweiter, ebenfalls unanfechtbarer Schluss ziehen. Goltz [69]) sagt: „Da ich fand, dass der Tonus der Gefässe keineswegs für immer erlischt, wenn jeder nachweisbare Nervenzusammenhang mit dem Hirn und Rückenmark aufgehoben ist, so musste ich schliessen, dass der Tonus der Gefässe der Hauptsache nach von Einrichtungen abhängt, welche weit entfernt von den grossen Nervencentren in unmittelbarer Nähe von den Gefässen selbst gelegen sind. Am bequemsten schien mir danach die Hypothese, dass diese peripherischen Einrichtungen, welche den Tonus der Gefässe beherrschen, in Ganglienzellen zu suchen sind, welche in, oder neben der Gefässwand liegen, und eine ähnliche Selbständigkeit besitzen, wie die Ganglienzellen der Herzsubstanz.“ — Der anatomische Nachweis dieses physiologischen Postulates steht vorläufig allerdings noch aus; das vermag aber nicht im geringsten an den Thatsachen und Schlüssen zu rütteln, die sich aus den erwähnten Experimenten ergeben haben.

Noch eine andere Goltz'sche Entdeckung muss ich hier erwähnen. Bereits 1863 machte Goltz[75]) auf der Naturforscherversammlung zu Stettin die erste Mittheilung über Beobachtungen, welche bewiesen, dass nicht ausschliesslich die Medulla oblongata centrales vasomotorisches Centrum ist, sondern dass auch das ganze Rückenmark selbständiges Gefässcentrum sein müsse. — Heute wissen wir also, dass es selbständige centrale und selbständige periphere vasomotorische Centren gibt. Es bewahrheitet sich also auch hier wieder der von Goltz so oft hervorgehobene Satz, dass wichtige Functionen im thierischen Körper niemals von einem einzigen Factor abhängig sind. Schädigung oder Eliminirung des einen oder anderen dieser Factoren stört zwar zunächst die Function, oft sogar recht erheblich; allein die Function wird dadurch nicht vernichtet. Sie stellt sich allmälig wieder her, bleibt aber gleichsam in einem labilen Gleichgewichte. Reize irgend welcher Art, die unter normalen Verhältnissen nur geringe, vorübergehende, oft unbemerkte Folgen haben, sind jetzt im Stande, bedeutendere und vor allen Dingen länger andauernde Veränderungen hervorzurufen.

Eine grosse Anzahl von hierher gehörigen Experimenten und Erfahrungen findet so ihre Erklärung. Zum Beispiel zunächst die Thatsache, dass nach Ausführung des Claude Bernard'schen Experimentes Entzündungsreize, die an beiden Seiten in gleicher Weise applicirt werden, auf der operirten Seite viel frühere und energischere Veränderungen hervorrufen. — Es sind hier ferner zu erwähnen die Versuche von Gergens[76]) über die Veränderung der Gefässwände bei aufgehobenem Tonus. In der gleichen Weise erklären sich die Experimente von Lewaschew[77]) der den Ischiadicus von Hunden durch säuregetränkte Fäden dauernd reizte, und darauf periphere Haut-, Muskel- und Knochenalterationen auftreten sah.

Dass solche periphere Störungen nicht spontan entstehen, sondern erst durch directe Traumen ausgelöst werden, das hat unter anderen Jacquet[78]) sehr elegant demonstrirt. Mögen auch immerhin die peripheren Traumen so geringfügig sein, dass sie ohne gleichzeitig bestehende Reizung des zugehörigen spinalen Centrums selbst, oder der verbindenden Nervenfasern, spurlos vorübergehen würden, jedenfalls müssen sie vorhanden sein, sonst treten periphere Störungen trotz der centralen Reizung nicht auf. Jacquet zeigte das ganz einwandsfrei, indem er bei einem Hunde in beide Ischiadici nach anatomischer Präparation je einige Tropfen Crotonöl inicirte, darauf eine Pfote in Watte gepackt, an den Leib festband, die andere aber frei liess. Die eingepackte Pfote zeigte nach einiger Zeit nur eine ziemlich hochgradige Atrophie, während die freie Pfote Ulcerationen aufwies. Die geringfügigen Traumen, die der freie Gebrauch der Pfote mit sich brachte, genügten also, um Ulcerationen hervorzurufen, da sich der Gefässtonus in Folge der gleichzeitigen Reizung des Ischiadicus, die als gleichbedeutend mit Ausschaltung der betreffenden spinalen Ganglienzellen anzusehen ist, in labilem Gleichgewicht befand.

Auch bei Psoriasis sind die äusseren Reize von grosser Wichtigkeit, und Polotebnoff ist im Unrecht. wenn er das leugnet. Polotebnoff schreibt, er erinnere sich auch nicht bei Anderen gelesen zu haben, dass eine primäre Psoriasiseruption sich an einen blossen mechanischen Reiz angeschlossen hätte. — Gleichwohl sind eine ganze Anzahl solcher Fälle beschrieben. Ich will ihm nur eine bereits 1876 veröffentlichte Publication in's Gedächtniss rufen: Wutzdorff[79]) berichtet, dass ein 30 Jahre alter Mann, „der bisher nie irgend eine Hautkrankheit gehabt hatte", sich im November 1875 bückte, um etwas, was ihm zur Erde gefallen war, aufzuheben, dabei mit dem Knie zwischen zwei Stühle gerieth, und sofort an einer Seite des Knies Schmerzen verspürte. Er wandte dagegen 14 Tage lang vergebens Arnicatinctur an, und pinselte dann noch 4 Tage lang auf die schmerzhafte Stelle Jodtinctur auf. Die Haut ging herunter — und Anfangs Januar zeigte sich genau in der Grösse der bepinselten Stelle eine Psoriasisplaque, deren Auftreten eine allgemeine Psoriasiseruption folgte, zuerst an den Armen, dann am ganzen Körper.

Nun ist diese Krankengeschichte natürlich nicht so zu deuten, dass der mechanische Reiz an und für sich die Psoriasiseruption hervorgerufen habe, das kommt nicht vor. Es war vielmehr Wutzdorff's Patient ein zu Psoriasis „disponirter" Mensch, das heisst, wie wir behaupten, sein centrales Nervensystem, oder, was nach meiner Ansicht das Massgebende ist, seine spinalen vasomotorischen Centren befanden sich bereits in einem vererbten, oder erworbenen, jedenfalls aber chronischen Reizungszustand zu der Zeit, als das periphere Trauma eintrat. Die durch die Application der Entzündungserreger verursachte Hyperämie konnte durch den centralen nervösen Vasoregulator also nicht mehr ausgeglichen werden, weil eben dieser Regulator selbst, d. h. der, oder vielmehr die im Verlauf des Rückenmarks gelegenen vasomotorischen Centren sich in chronischem Reizungszustand befanden. Wutzdorff macht allerdings über das Nervensystem seines Patienten, resp. über dessen hereditäre Belastung keinerlei Angaben; das ist aber weder wunderbar, noch ist es ein Beweis dafür, dass pathologische Verhältnisse nicht vorgelegen hätten, denn Wutzdorff stand eben 1876 noch unter dem Banne des „Euphorie-Dogmas", dachte also gar nicht an etwaige neuropathische Vorgänge und suchte sie deshalb auch nicht.

An dem Wutzdorff'schen Falle habe ich soeben gezeigt, wie man sich nach meiner Ansicht die Aetiologie und Pathogenese der Psoriasis oder vielmehr der „Psoriasis-Krankheit" („maladie psoriasique"), wie Besnier[8]) sagt, vorzustellen hat. — Bei unserem Patienten liegen die Verhältnisse etwas anders. Ich analysire sie folgendermassen: Karl D . . . ist als Sohn einer äusserst nervösen Mutter neuropathisch belastet, wenn auch anscheinend in geringem Grade. In seiner Jugend hat er deutliche Symptome leichter Erregbarkeit seines Centralnervensystems dargeboten. In Folge augenscheinlich günstiger Verhältnisse während der weiteren Entwicklung, namentlich während der Pubertät ist diese ererbte nervöse

Reizbarkeit zurückgetreten resp. latent geblieben. — Patient erleidet nun später an der einen Oberextremität ein ziemlich schweres Trauma. Reflectorisch wird dadurch die Reizbarkeit des Rückenmarks gesteigert, aber dieser reflectorisch ausgelöste Reiz erregte offenbar — es ist dies ein für unseren Fall charakteristisches, und wie es scheint äusserst seltenes Vorkommniss — nur halbseitige Theile des Rückenmarks, und nicht seine ganze Breite. In diesen halbseitig gereizten Rückenmarkstheilen wurden auch vasomotorische Centren mitgetroffen. Der Tonus der entsprechenden, von ihnen versorgten Hautgefässgebiete befand sich also von da ab (bis zu eventuellem Schwinden des centralen Reizungszustandes) in labilem Gleichgewicht. Geringfügige Traumen, wie sie das tägliche Leben mit sich bringt, Traumen, die an der intacten Körperhälfte spurlos vorübergingen, versetzten die Gefässgebiete mit bereits central gereizter Innervation in einen angioerethischen Zustand, als dessen unmittelbare Folge sich dauernde acute Hyperämie der betreffenden Papillargefässe, sowie ferner secundär pathologisch gesteigerte Proliferation des Rete mit consecutiver Schuppenbildung einstellte. Dass bestehende Reizzustände, und damit Functionsbeeinträchtigung, eventuell Ausschaltung der centralen Ganglien nicht schon an sich eine Hyperämie der correspondirenden Gefässgebiete auslösen, wie das aus der Durchschneidung z. B. des Sympathicus oder des Rückenmarks postulirt werden könnte, das hat wohl seinen Grund darin, dass die feineren Vorgänge des pathologischen Vorganges selbst durch das immerhin summarische physiologische Experiment nicht nachgeahmt werden können, dass, mit anderen Worten, das physiologische Experiment ein viel plötzlicherer, gröberer Reiz ist.

Wie ist nun der centrale Reizungsvorgang bei Psoriasis geartet? Ist er rein functionell, vorübergehend, oder hinterlässt er, etwa bei den hartnäckig recidivirenden Formen, oder bei Psoriasis universalis maligna arthropathica materielle Spuren in der Substanz des Rückenmarks? Beide Möglichkeiten liegen vor. Wahrscheinlichkeitsschlüsse aber sind da ganz unzulässig.

Ich erinnere nur beispielsweise an den von Bäumler aus Eichhorst's Klinik veröffentlichten Fall,[81]) bei dem als zufälliger Sectionsbefund geradezu enorme, makroskopische Defecte des Rückenmarks constatirt wurden. In dem Bericht wird das grosse klinische, eigentlich negativ-klinische Interesse des Falles hervorgehoben, „insofern, als er lehrt, welch erstaunlich weitgehende Zerstörung des Rückenmarks unter Umständen vorliegt, ohne dass derselben Symptome während des Lebens entsprechen müssen". Doch das nebenbei. Ich wollte nur zeigen, dass Hypothesen über diesen Punkt vollkommen müssig sind.

Der Grund dafür, dass wir bis jetzt noch nichts Positives über diese Verhältnisse wissen, ist einfach genug: es ist das Rückenmark bei Psoriatikern eben noch nie systematisch untersucht worden, sonst lägen Befunde vor, positive oder negative.

Dass bei Dermatosen neurotischen, speciell angioneurotischen Ursprungs die Untersuchung des Rückenmarks überraschende Resultate zeitigen kann, lehrt jedenfalls die Veröffentlichung von Jarisch,[32]) der bei einem Fall, der von ihm als Herpes iris bezeichnet wurde, bekanntlich auffallende Infiltrationsherde in den centralen und hinteren Partien beider Vorderhörner fand.

Dass bis jetzt noch keine Rückenmarksuntersuchungen vorliegen, trotzdem Polotebnoff schon vor 10 Jahren, und Besnier mindestens vor 8 Jahren auf die ätiologische Dignität des Rückenmarks bei Psoriasis hingewiesen hat, dafür gibt es vielleicht noch einen zweiten Grund: Psoriatiker sterben selten in dermatologischen Kliniken. Sie kommen wohl meist an intercurrenten Krankheiten auf inneren, oder psychiatrischen Kliniken möglicherweise sogar an schweren nervösen Störungen ad exitum, ohne dass dem Umstand, dass die Verstorbenen „nebenbei" an Psoriasis gelitten hatten, weiter besonderes Gewicht beigelegt wird. Wenn erst die Ueberzeugung, dass Psoriasis ein central bedingter angioerethischer Process ist, eine allgemeinere sein wird, dann wird vielleicht auch auf inneren und psychiatrischen Kliniken dieser Frage das verdiente Interesse entgegengebracht werden.

Es erübrigt noch die Erörterung der einen oder anderen bisher noch unerledigten Frage aus der Aetiologie oder der Pathologie resp. Pathogenese der Psoriasis. Zunächst z. B. ihr Verhalten zu Narben. In Lehrbüchern wird gewöhnlich darüber hinweggegangen. Bei Weyl[18]) aber findet sich die Angabe, dass Psoriasis „nie auf Narben, selbst nie auf den oberflächlichsten Verbrennungsnarben, wo der Papillarkörper nicht ganz intact geblieben ist, entsteht; nur dort, wo in der Narbe z. B. ein Haarfollikel mit einigen Papillen vorhanden, sehen wir eine winzige Psoriasisplaque sich entwickeln".

Gelegentlich eines gleich zu besprechenden Falles aus der Strassburger dermatologischen Universitätsklinik bin ich dieser Frage näher getreten und fand, dass Weyl's Angabe durchaus nicht ohne Widerspruch geblieben ist. In der britischen medicinischen Gesellschaft sprach sich gelegentlich eines Psoriasisvortrages von Crocker[83]) im Jahre 1893 Pringle zu Gunsten der „trophoneurotischen Theorie der Psoriasis aus, und erwähnte dabei ihre Vorliebe „to appear in loco minoris resistentiae, for example, points subjected to pressure, scars, seborrhoeic localities". — Aber auch bereits vor Weyl, nämlich 1876 theilt Wutzdorff die (offenbar von Weyl übersehene) Beobachtung mit, dass er „auch Narben, die immer eine Pars minoris resistentiae darstellen, als Sitz von Psoriasis beobachtet hat, so z. B. die Vaccinationsnarben".

Unser Fall betraf den 23jährigen Adalbert L. . . (dessen Vater übrigens gleichfalls angeblich wiederholt an Psoriasis erkrankte), der bei einem Schub von Psoriasis guttata und nummularis inmitten einer ungefähr Markstückgrossen, etwas unter dem Niveau der umgebenden Haut auf dem linken Oberarm gelegenen, glänzend weissen, kreisrunden Vaccinationsnarbe eine circa erbsengrosse Psoriasisefflorescenz bekam. Ich ex-

cidirte einen länglich-ovalen Streifen, so dass ich ausser der Efflorescenz noch zu beiden Seiten Narbe und etwas normale Haut bekam. Die Wunde heilte mit linearer Narbe per primam ohne Bildung einer neuen Psoriasisefflorescenz, während der Psoriasisschub unter gleichzeitiger localer (Chrysarobin) und allgemeiner (subcutane Injectionen von Kal. arsenicos.) Behandlung zurückging.

Das histologische Bild, auf dessen Details ich hier nicht eingehe, zeigte, dass die Efflorescenz selbst sich nicht sehr von den gewöhnlichen Bildern unterschied. Ueberraschend war aber, dass die umgebende Narbe trotz des makroskopisch typischen Narbenaussehens (Depression und glänzend weisse Farbe) zahlreiche deutliche, wenn auch ganz unregelmässige, bald schmale, bald breite, aber fast durchgehends ganz flache Papillenbildungen aufwies neben Stellen, die nicht die geringste Andeutung einer Papillenbildung zeigten, bei denen vielmehr die Grenze zwischen Epidermis und Cutis wie mit einem Lineal gezogen schien.

Vergleichende Untersuchungen über Narbengewebe verschiedener Provenienz, die ich seither anstellte, sind noch nicht zahlreich genug, um mir ein abschliessendes Urtheil über die Verhältnisse papillenähnlicher Bildungen bei Narben zu gestatten, doch möchte ich hier einen der Schlusssätze citiren, zu denen Heitzmann [31]) bei Gelegenheit von Untersuchungen über Narbenbildung der Lederhaut kam: „Die Narben, selbst jene nach Verbrennung, zeigen häufig einen mit seichten und unregelmässigen Erhöhungen versehenen Papillarkörper zunächst der Epithelschicht."

Weyl's Behauptung, so wie er sie formulirte, lässt sich also, wie wir sehen, nicht aufrecht halten. Es sind in der That auf echten Narben Psoriasisefflorescenzen beobachtet worden und zwar scheint das, wie aus dem Wortlaut von Wutzdorff's und Pringle's Mittheilung hervorgeht ein nicht so sehr seltenes Vorkommniss zu sein.

Wie ist der Widerspruch zu lösen? — Vorweg will ich betonen, dass mit der „Erklärung" Narben seien stets ein „locus minoris resistentiae" gar nichts gesagt ist. Der Werth solcher erklären sollender Umschreibungen ist bereits genügend gekennzeichnet worden. — Das Verständnis dürfte aber erleichtert werden durch den Hinweis darauf, dass höchstwahrscheinlich zwischen Narben und Narben ein grosser Unterschied besteht. Was speciell das Gefüge der Lederhaut in Narben betrifft, so sagt Heitzmann an eben citirter Stelle: „Die Narbe ist entweder von groben oder von zarten Bindegewebsbündeln aufgebaut, oder von einer Mischung beider Formen. Die Bündel durchqueren sich, oder haben einen mehr oder weniger parallelen Verlauf."

Jedenfalls legen die erwähnten Beobachtungen, zusammengehalten mit meiner Auffassung der Pathogenese der Psoriasis als eines angioerethischen Vorganges, die Vermuthung nahe, dass man nicht sagen darf: „auf Narben keine Psoriasis", sondern ohne Papillen und Papillargefässe keine Psoriasis. — Vielleicht ist auch diese Fassung noch zu eng. Es deutet darauf wenigstens eine Erfahrung von Schütz

hin, welcher bei Psoriasis unguium das Auftreten rother Pünktchen auch in der vorderen Hälfte der Lunula constatirte. — Obwohl nun im vorderen Theile der Lunula keine Papillen vorkommen, so hat es nach Schütz doch den Anschein, „als ob jene rothen Punkte hyperämischen Papillenköpfchen entsprächen, die wir nach jenem einen Befunde in der vorderen Hälfte der Lunula als neu gebildet uns zu denken hätten, was beim psoriatischen Process durchaus nicht unwahrscheinlich gelten kann.“

Ich bin also der Ansicht, dass wenn man einen allgemeinen Satz über Psoriasislocalisation aufstellen will, er zu lauten haben wird: „ohne Blutgefässe, speciell ohne arterielle Blutgefässe keine Psoriasis“.

Eine weitere der Klärung bedürftige Frage ist die, wie sich die diversen in dem klinischen Bild ihrer Einzelefflorescenz abweichenden Psoriasiseruptionen verstehen lassen. Ich beziehe mich hier unter anderen auf einzelne der in der Wiener dermatologischen Gesellschaft demonstrirten Fälle, so z. B. den von Mracek, besonders aber den 1893 von Kaposi [85]) beobachteten Patienten. Kaposi sagte damals: „Wie viel Dunkel noch auf diesem Gebiete herrscht, wird Ihnen aus einem von mir vor 3—4 Tagen zum erstenmal gesehenen Falle klar werden, der in seiner Art ein Unicum ist; es handelte sich dabei um eine acute Eruption von Knötchen von erythematöser Form, hie und da auch mit Gangrän, vollständiger Verschorfung, so dass ganz das Bild einer Rupia syphilitica acuta entsteht.“ Ein ander Mal äusserte sich Kaposi[86]) darüber: „Ich habe schon oft bemerkt, dass der entzündliche Process, der die Basis der Psoriasis, des Lichen ruber und anderer Affectionen bildet manchmal excessiv wird,“ und ein paar Zeilen weiter: „Bei allen chronischen Entzündungsprocessen, bei Psoriasis, Ekzem u. s. w. wird das betreffende Gefässgebiet paretisch und bleibt es.“

Die vergleichsweise von Kaposi genannten Dermatosen will ich bei Seite lassen. Was die Psoriasis betrifft, so hebe ich der eben citirten Aeusserung gegenüber nochmals hervor, dass es sich nach meiner Meinung weder um eine Entzündung handelt, noch um eine Parese der Gefässe, sondern dass der Psoriasisefflorescenz ein angioerethischer Process zu Grunde liegt. Aus welcher Ursache nun der Process „manchmal excessiv wird“, das können wir zur Zeit mit Sicherheit noch nicht angegeben. Es besteht aber nach meinem Dafürhalten die grosse Wahrscheinlichkeit, dass insolchen Ausnahmefällen, ferner bei Psoriasis inveterata, universalis und arthropathica einbesonders intensiver und gleichzeitig extensiver Reizzustand des Centralnervensystems, speciell der centralen vasomotorischen Ganglien vorliegt. Cutane Reize, die solche Patienten an irgend welcher Stelle der Haut treffen, lösen dort erethische Hyperämie aus, da die centralen Vasoregulatoren, die spinalen vasomotorischen Ganglienzellen, in ihrer überwiegenden Mehrzahl, selbst gereizt, oder gar zerstört jedenfalls aber functionsuntüchtig sind.

So sind, glaube ich, auch diejenigen Fälle zu erklären, die kein Chrysarobin vertragen, die vielmehr auf jede Chrysarobineinreibung, aber

auch auf viel geringer reizende Mittel mit neuen Psoriasisschüben antworten.

Bei dieser Gelegenheit sei mir gestattet, kurz zu skizziren, wie ich mir die Wirksamkeit der Psoriasis-Heroica, d. h. also ihr Eingreifen in den pathologischen Process vorstelle. Zunächst steht fest, dass wir bis jetzt eine ätiologische Therapie nicht besitzen. Bloss symptomatisch vermögen wir vorzugehen. „On blanchit la peau" ist der treffende Terminus technicus in Saint-Louis. Vor Recidiven vermögen wir nicht zu schützen. Mag auch der Eine oder Andere, im Vertrauen auf die „vorzüglichen Erfolge" dieser oder jener Heilquelle behaupten: „Die Psoriasis ist eine völlig heilbare Krankheit!"[*7]) Er befindet sich im Irrthum. Die Thatsachen sprechen leider lange genug und laut genug gegen solchen therapeutischen Optimismus.

Die traditionellen, „heroischen" Schulmittel sind: intern oder subcutan Arsen, und Chrysarobin local. Beide Mittel wirken meistens sicher. Doch sind einwandsfreie Fälle in genügender Anzahl bekannt, bei denen sie sogar schadeten statt zu nutzen.

Die pharmakologische Grundwirkung des Arsen ist bekanntlich eine allgemeine Gefässerweiterung. In Vergiftungsfällen sind nach Schmiedeberg[**]) die heftigen Magen- und Darmerscheinungen ebenfalls auf diese „intensiven Kreislaufstörungen zu beziehen" und nicht etwa auf directe Aetzung. „In sehr rasch verlaufenden Fällen tritt der Tod an Menschen zuweilen unter Coma, Delirien und eklamptischen Anfällen ein, ohne dass pathologische Befunde und entsprechende Symptome auf eine Affection des Verdauungscanals hinweisen. In solchen Fällen ist die von der hochgradigen Blutdruckerniedrigung abhängige Circulationsstörung als unmittelbare Todesursache anzusehen. Die Insufficienz der Circulation unterdrückt die Functionen des Gehirns und des verlängerten Marks so rasch, dass die Darmerscheinungen nicht Zeit haben sich zu entwickeln."

Es wären danach, glaube ich, zwei Möglichkeiten denkbar: einmal dass die Blutdruckerniedrigung direct die gereizten spinalen Ganglienzellen entlastet und dadurch ihre Functionstüchtigkeit wieder hebt, oder dass durch die allgemeine Gefässerweiterung die Arsenwirkung peripher einsetzt, und auf die Psoriasisplaques einen ähnlichen wohlthätig ableitenden Einfluss ausübt, wie, um ein drastisches Beispiel zu wählen, ein heisses Senfbad der Füsse oder Hände gelegentlich gegenüber allen möglichen internen congestiven Zuständen.

Die locale Chrysarobinwirkung ist wohl ähnlich aufzufassen, d. h. durch die, je nach der Empfindlichkeit der Haut verschieden stark abzustufende Salbe wird eine mässige, ganz oberflächliche Entzündung erzielt, wobei der Heilfactor eben auch in der Ableitung zu suchen wäre. Bei dieser Voraussetzung leuchtet auch der Grund ein, weshalb es vortheilhaft ist, die Chrysarobinbehandlung nicht nur auf die erkrankte Stelle und ihre nächste Umgebung zu beschränken, sondern, wie es in der Strassburger dermatologischen Klinik im Gegensatz zu anderen Kli-

niken gebräuchlich ist, in geeigneten Fällen auf grössere, noch intacte Hautstellen, eventuell auf den ganzen Körper (mit Ausnahme des Gesichtes) auszudehnen.

Besnier hat „logiquement ou empiriquement" eine Anzahl Neurotica, so die Baldrian- und Brom-Präparate angewendet, ohne aber bis jetzt zu abschliessenden Resultaten gekommen zu sein. In demselben Sinne wären vielleicht Versuche mit Vertebraldouchen, mit Galvanisation oder Franklinisation der Medulla spinalis zu unternehmen.

Zum Schlusse stelle ich die Ergebnisse in folgenden Thesen zusammen:

1. Es ist unrichtig, dass Psoriasis ausschliesslich oder hauptsächlich bei sonst gesunden Menschen auftritt.

2. Psoriasis kommt auf echten Schleimhäuten vor; ebenfalls auf Narben.

3. Die parasitäre Psoriasistheorie ist unhaltbar.

4. Nicht Psoriasis selbst wird vererbt, sondern die „Disposition zu Psoriasis".

5. Das „disponirende Moment" ist ein abnorm reizbares Centralnervensystem.

6. Die Arthropathien bei schwerer Psoriasis sind allem Anschein nach weder mit Rheumatismus, noch mit Gicht zu identificiren.

7. Diese verschiedentlich bei schwerer Psoriasis beobachteten eigenthümlichen Arthropathien sind mit grosser Wahrscheinlichkeit der Psoriasis coordinirt, und auf dieselbe Ursache zurückzuführen, wie die Psoriasis selbst: auf chronische spinale Reizzustände.

8. Es ist verbürgt, dass Psoriasis in unmittelbarem Anschluss an psychische Affecte entstehen kann.

9. Es ist ebenso sicher, dass selbst ausgedehnte Psoriasis in kürzester Frist spontan abheilen kann.

10. Psoriasis kann streng halbseitig auftreten.

11. Die Hyperämie ist das Primäre bei der Pathogenese der Psoriasiseffiorescenz.

12. Diese Hyperämie ist weder entzündlicher, noch paretischer Natur, noch ist sie das Resultat passiver Stauung, sondern sie ist

13. als angioerethischer Vorgang aufzufassen.

14. Es ist erstmaliger Psoriasisausbruch in vollständigem, sowohl zeitlichem als örtlichem Anschluss an mechanischen Reiz beobachtet worden.

15. Man kann mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass das Zusammentreffen zweier Factoren für das Zustandekommen von Psoriasiseruptionen erforderlich ist: Einwirken irgendwie gearteter, wenn auch eventuell geringfügiger Traumen auf Gefässgebiete, deren zugehörige spinale Centren sich in chronischem Reizzustand befinden.

16. Dieser Reizzustand der spinalen vasomotorischen Ganglien kann vererbt, oder erworben sein.

17. Es ist wahrscheinlich, dass er nur functionell ist, doch bleibt die Möglichkeit, dass in manchen Fällen materielle Läsionen der Rückenmarkssubstanz bestehen, was durch systematische anatomische Rückenmarksuntersuchungen zu entscheiden ist.

Literatur.

1. Hebra, Lehrbuch der Hautkrankheiten. Erlangen 1872 p. 347 u. a.

2. Kaposi, Lehrb. d. Hautkr. 4. Aufl. 1893. p. 432 u. a.

3. Lang, Vorläufige Mittheilung von einem neuen Untersuchungsergebnisse bei Psoriasis. Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1879. p. 257.

4. Nielsen, klinische und ätiologische Untersuchungen über Psoriasis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1892. (Auszug aus: Bidrag til Kundskaben om Psoriasis. Kopenhagen 1892.)

5. Reynolds, H. J. On psoriasis. Philadelphia medical times. Vol. XVII. 1886/87. p. 73.

6. Thibierge, Traitement du psoriasis. Semaine médicale 1893. p. 482.

7. Brissaud, Théorie nerveuse du psoriasis. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1889. p. 134.

8. Besnier et Doyon. In: Maladies de la peau par Kaposi. Traduction avec notes et additions 1891. Tome premier p. 541 u. a.

9. Pel (Amsterdam). Zur Casuistik der Schrecklähmung. Berliner klin. Wochenschr. 1881 p. 325.

10. Ries E. Die pathologische Anatomie der Psoriasis. Vierteljahrschrift f. Dermat. u. Syph. 1888. p. 521.

11. Neisser, A. Ueber Psoriasis-Therapie nebst Bemerkungen über die Verwendbarkeit des Chrysarobins. Zeitschrift für ärztliche Landpraxis. 1894.

12. Lang, Versuch einer Beurtheilung der Schuppenflechte nach ihren klinischen Charakteren. Vierteljahrschr. für Dermatol. und Syph. 1878. p. 434.

13. Kaposi, Psoriasis papillaris fungoides. Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 9. November 1892. in: Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. Bd. XXV.

14. Unna, Pariser Briefe. Monatshefte für prakt. Dermatologie VII. 1888. p. 606.

15. Spamer, Beobachtungen über Erblichkeit, besonders bei Psychosen und Neurosen. (Vortrag, gehalten in der Giessner medicinischen Gesellschaft.) Berliner klin. Wochenschrift 1881. p. 202.

16. Duncan Bulkley (New-York), Clinical notes on Psoriasis with especial reference to its prognosis and treatment. Separatabzug aus Transactions of the medical society of the State of New-York 1895.

17. Köbner, Zur Aetiologie der Psoriasis. Vierteljahrschr. für Dermatologie und Syphilis 1876. p. 559. (Daselbst Referat über Köbner's

Vortrag vom 3. Mai 1872 in der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur.)

18. Weyl, Psoriasis. In Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 14. Band I. Hälfte 1883. p. 493.

19. Kromayer, Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis, nebst einigen Bemerkungen über den normalen Verhornungsprocess und die Structur der Stachelzelle. Archiv für Derm. u. Syph. 1890. Bd. XXII. p. 557.

20. Tommasoli. Verhandlungen des italienischen medicinischen Congr. zu Pavia 1887. In: Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1888. XV. p. 107.

21. Schütz, Beiträge zur Pathologie der Psoriasis. Archiv für Dermat. u. Syph. 1892. Band XXIV, p. 739.

22. Wertheim, Vortrag über Psoriasis. Wiener medic. Wochenschrift 1863. Nr. 51.

23. Lang, Ueber Psoriasis (Schuppenflechte). Sammlung klinischer Vorträge (Volkmann) Nr. 208. 1881.

24. Sack, Psoriasis conjunctivae palpebrarum (Psoriasis ophthalmica). Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten. Lieferung IX. Tafel XXVII. 2.

25. Gaskoin, On the relations of asthma to skin disease. The Lancet 1874. Volume I.

26. Duncan Bulkley, Asthma as related to diseases of the skin. The british medical journal. 21. Nov. 1885 p. 954.

27. Gaucher, Die Metastasen der Psoriasis. Verhandlungen des II. internationalen Dermatologen-Congresses zu Wien 1892. Refer. in Archiv für Dermat. u. Syph. 1892 Band. XXIV. p. 1023.

28. Richard Hölscher, Ueber die Beziehungen zwischen Psoriasis und Asthma. Dissertation. Kiel 1893.

29. Pryce, On a case of urticarial asthma. The Lancet 1886. Vol. I. p. 968.

30. A. Wolff, Zur Aetiologie der Psoriasis. Vierteljahrschr. für Dermat. u. Syph. 1884.

31. De Matei, Italienischer med. Congress zu Pavia 1887. In: Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph. 1888. XV. p. 107.

32. Ecklund, Contribution à l'étude du „lepocolla repens“ in: Annales de dermatologie 1883.

33. Höring, Beobachtungen über Psoriasis acuta, übertragen vom Rindvieh auf Menschen. — Medicinisches Correspondenzblatt des Württemberg'schen ärztlichen Vereins. 1856. p. 149. Der Patient G. hatte 8 Wochen vor Zuziehung des Dr. H. erlaubt, ein fremdes Stück Vieh auf 2 Tage in seinem Stalle unterzubringen, „was, wie er erst am 2. Tage bemerkte, am ganzen Körper hautkrank war. Nach Entfernung dieses Thieres wurden 3 Stück Vieh in seinem Stalle von derselben Hautkrankheit befallen. Die kranken Thiere frassen nach der Aussage G's dabei eher mit vermehrtem Appetit, magerten aber trotzdem ab. Eines der

Thiere soll am ganzen Leib von der Krankheit befallen gewesen sein und soll fort und fort mit seiner rauhen Zunge, offenbar wegen Juckens die kranken Stellen beleckt haben, bis häufig Blutungen sichtbar waren. Allmälig jedoch, von Schäfern und Quacksalbern behandelt, von dem Besitzer selbst mit Milch gewaschen und mit Kleienwasser übergossen, habe sich der Ausschlag bei dem Vieh gebessert, so dass, als ich es sah, bloss noch einzelne grössere oder kleinere haarlose Stellen, aber sichtlich ohne Verödung der Follikel, und einzelne durch Ausschwitzung ins Unterhautzellgewebe und Corium erzeugte Erhabenheiten, und da und dort eine oberflächliche Desquamation, wie man dies nach geheilter Psoriasis sieht, sichtbar und fühlbar waren. Mit der Behandlung dieser Thiere nun beschäftigte sich G. selbst am meisten, weniger eine 15jährige Tochter, ein 12- und ein 8jähriger Knabe (die Mutter, die auch ganz gesund blieb, gar nicht), und die Folge davon war, dass alle in höherem oder geringerem Grade von Psoriasis befallen wurden. Am 18. April sah ich G. zum ersten Male, er zeigte auf dem Gesichte ganz genau begrenzte, durchaus im bartigen Theil sitzende, bis guldenstückgrosse, rundliche, livid rothe Geschwulste von einer teigigen Consistenz, mit bestimmt erkennbarer Fluctuation, die mit einer dünnen dem Durchbruch nahen Haut bedeckt waren, deren Basis schmäler war, als die convexe, die Basis nach allen Seiten überragende Oberfläche. Es waren im ganzen Umfange des ziemlich starken Kinnbackenbartes 8 solche Geschwulste, Efflorescenzen zu zählen, von denen 5, die grössten, mehr entsprechend im Sitze dem horizontalen Acte des Unterkiefers, confluirend waren während 3 noch isolirt sassen. Die 5 grösseren, mehr in der Kinngegend und bis zum Winkel des Unterkiefers sitzenden, confluirenden, jedoch der Zahl nach noch leicht erkennbaren Efflorescenzen hatten insofern die Eigenthümlichkeit der Psoriasis-Efflorescenzen verloren, als sie, wie schon angeführt, hoch über die Hautfläche erhoben waren, überall siebförmig durchbrachen, und auf Druck Eiter entleerten, während dagegen die 3 im Gesichte noch weiter vorhandenen Efflorescenzen den charakteristischen Typus der Psoriasis trugen und während des ganzen Verlaufes der Krankheit beibehielten. Vier weitere Efflorescenzen, die sich oberhalb des rechten Handgelenks G's. auf der Extensionsseite befanden, verliefen anfänglich bloss mit einem Desquamationsprocess, gingen aber später auch in Eiterung über, ich sage absichtlich nicht in Abscessbildung, weil die Eiterung vielmehr den Ausdruck mehrer eiterabsondernder Follikel, die auf einer solchen, guldenstückgrossen Stelle befallen waren, als den der Abscessbildung hatte. — Die 15jährige Tochter, der 12jährige und 8jährige Knabe wurden alle drei von Psoriasis befallen; bei keinem dieser 3 kam aber auch nur eine Efflorescenz zur Eiterung. Die Tochter hatte 4 Efflorescenzen, 2 in der Gegend des M. deltoides des rechten Armes, und 2 in der Nackengegend; der 12jährige Knabe hatte 1 auf der

Oberlippe und 1 am Ellenbogengelenke rechterseits; der 8jährige Knabe hatte 1 grosse auf dem Brustbein und 2 auf dem linken Handrücken. Bei den 3 Kindern war unter alleiniger Anwendung von Theersalbe die Krankheit in der 5. Woche vorüber und bei Allen war der Verlauf bloss die fortdauernde Follicularexsudation mit Desquamation. Bei dem Vater währte der Verlauf 10 Wochen und einige Tage; ausser 3 kleineren Efflorescenzen im Gesicht gingen alle in Eiterung über. Das Eigenthümliche war, dass 1. während der Zeit der reichlichsten Eiterabsonderung die erhabenen Efflorescenzen nicht zusammensanken, 2. die siebförmig durchlöcherten, mit dem eigenthümlichen Follicular-Exsudate durchsetzten, oberen Hautschichten durch die Eiterung nicht in der Weise geschmolzen wurden, dass ein, dem Umfange der Efflorescenz entsprechendes Geschwür entstand, sondern während der ganzen Verlaufsdauer sich erhielten, und den Eiter bloss durch die, wie mir schien, erweiterten Follikelmündungen durchliessen. 3. Der Eiter selbst war im Anfange der Farbe und Consistenz nach normal; nach 30 Tagen etwa, als die Eiterung sich verminderte, zeigte sich eine grosse Neigung zu Krustenbildung auf den Efflorescenzen, die aber, so lange noch Eiter in der Tiefe sich bildete, alsbald eine Verschlimmerung (neues Anschwellen und Schmerz durch behinderten Abfluss) hervorrief, obgleich später diese Art der Heilung statt hatte, nämlich Vertrocknung des Sekrets und Desquamation, nachdem von der Tiefe her die Eiterung schwieg.“ Noch einen zweiten Fall führt H. an, „der ganz die gleichen Efflorescenzen an der behaarten Stelle des Kinnes hatte, nur waren es deren bloss 5, wie die früher beschriebenen, und die Efflorescenzen am Vorderarme fehlten. Einzelne waren schon in den nämlichen Eiterungsprocess ohne Verlust der oberen Schichte übergegangen, und ausser einer einzigen erlitten sie alle die siebförmige Durchlöcherung; die theils aus Exsudat, theils aus Coriumschichten (Epidermis fehlte) bestehende Decke wurde gehoben und convex, kurz der Process war ganz derselbe, wie bei G., nur dauerte die Eiterabsonderung nicht so lange, die Vertrocknung und Krustenbildung trat bälder ein, hielt aber auch länger an; ebenso dauerte es mehrere Wochen, länger bis sich die Narben wieder ganz in einem Niveau mit der Haut befanden, sie ragten lange über sie hervor, und nach länger als 3 Monaten bildete sich auf ihnen noch da und dort eine Borke. Die eine Efflorescenz, die nicht in Eiterung überging, und ihren Sitz auf der linken Seite in der Gegend des Unterkiefergelenks hatte, verlief ganz wie eine gewöhnliche Psoriasisefflorescenz, überdauerte aber die in Eiterung übergegangenen um 5 Wochen, obgleich, nachdem die Eiterung vorüber war, eine besondere Therapie gegen sie gerichtet wurde. — Die zunächst sich aufdrängende Frage zu beantworten, nämlich eine wissenschaftlich genaue Bestimmung der Hautkrankheit des die Ansteckung vermittelnden Hornviehs zu geben, ist leider, da ich in beiden Fällen erst nach

verlaufenem Krankheitsprocess das Vieh zu sehen im Stande war, nicht möglich. Nach dem oben angegebenen aber drängt sich die Diagnose Psoriasis auch hier auf. (!) — Bei dem Falle im Krankenhause, wo ich der Probe wegen von Anfang an Arsenik in Gebrauch zog, wurde der Verlauf dadurch nicht sichtlich beschleunigt, während ich sonst gegen Psoriasis kein mächtigeres Mittel kenne."

34. Hafner G. Uebertragung der Psoriasis des Rindviehs auf Menschen. Medicinisches Correspondenzblatt des württembergschen ärztlichen Vereins. 1856 p. 254. „Von Februar bis Mai l. J. wurden nach und nach circa 7 jüngere Stücke Rindvieh von 1½—3 Jahren bei Bauer E. von sogenannter Räude befallen. Als ich dieselben im Mai besichtigte, war der Ausschlag bei den meisten derselben wieder geheilt und nur noch durch rundliche, circa kupferkreuzer- bis kronenthalergrosse, über den grössten Theil des Körpers verbreitete Flecken, welche wegen hellerer Färbung der frisch darauf wachsenden Haare stärker hervorstachen, bezeichnet. Nur bei einem jüngeren Thiere waren noch einige im Abschuppungsstadium begriffene kronenthalergrosse, rundliche Ausschlagsstellen zu bemerken, welche über das Hautniveau ragten, haarlos waren, angeblich von Zeit zu Zeit nässten, und mit weissen blättrigen Schuppen bedeckt waren. — Drei Kinder wurden von Hautausschlägen befallen, 1. bei der 22jähr. R. entwickelten sich nach und nach an beiden Vorderarmen und Händen jederseits ca. 4—5 gleichmässig über die Flexoren- und Extensorenseite vertheilte kupferkreuzer- bis kronenthalergrosse Flecken von rundlicher Begrenzung. Eine derartige Ausschlagsstelle bildete sich auch in der rechten Wangengegend. Sämmtliche Flecken ragten über das Niveau der Haut empor, sahen anfangs roth aus, nässten zuweilen und waren im Stadium der Dequamation mit weissen, sich oft abstossenden Schuppen bedeckt, wie dies für Psoriasis charakteristisch ist. Unter fleissiger Anwendung der verordneten weissen Präcipitatsalbe und von Kleienbädern, welche letztere im Abschuppungsstadium gebraucht wurden, heilte der Ausschlag vollkommen, so dass er Anfangs Mai nur noch durch dunklere Färbung der afficirt gewesenen Stellen angedeutet war. Zu bemerken ist noch, dass sich R. inmitten der Cur, nachdem der Ausschlag bereits geheilt war, wieder mit Besorgung der Thiere abgab, worauf sogleich wieder frische Ausschlags-Stellen erschienen. 2. Der 19jähr. B. bekam an dem linken Vorderarm und der betr. Hand 6 unregelmässig über die Extensions- und Flexionsseite verbreitete, rundliche Ausschlagsflecken, ebenso einen in der rechten Wangengegend. Auf den anfangs gerötheten Stellen sollen sich später Bläschen gebildet haben, die sich öffneten worauf der Desquamationsprocess begann. Als ich den Betreffenden im 2. Monat nach Beginn des Ausschlags sah, bot der letztere die für Psoriasis eigenthümlichen oben angegeben (!) Merkmale dar. 3. Bei der 19jähr. L. fand ich am linken Vorderarm in der Nähe des Handgelenks eine im 2. Monat bestehende, circa 2 kronenthalergrosse, über die Hautoberfläche prominirende Ausschlagsstelle, welche roth aussah, mit Papel

besetzt war, angeblich öfters nässte, und von Zeit zu Zeit weisse Schuppen ansetzte, die sich wieder abstiessen."

35. Tenholt, Psoriasis beim Rind, übertragbar auf Menschen. Correspondenzblätter des allgemeinen ärztlichen Vereines von Thürin gen 1888. p. 280. „Die Befallenen waren vier in der Landwirtschaft beschäftigte Personen, die sich angeblich und, wie ich constatirte, thatsächlich mit der Behandlung von Rindern, die an einer eigenartigen Schuppenflechte litten, befasst hatten. Die Thiere waren aus Holland eingeführt und man sah nun die veränderte Ernährungsweise als die Ursache der Hautaffection an. Die Krankheit bestand in zirkelrunden Flecken von der Grösse eines 50-Pfennigstücks bis zu der eines Markstücks, die einzeln, zerstreut, mit Vorliebe aber auf dem Rücken, am Halse und im Gesichte des ergriffenen Thieres auftraten. Die Decke war gebildet aus einer trockenen, weissen kleien- bis schuppenartigen, mit verfilzten Haaren untermischten Masse. Nach Entfernung dieser dicken, fast halbkugeligen Borke lag die nackte, nur wenig nässende, dunkelrothe Cutis zu Tage. Das Allgemeinbefinden der Thiere war wenig, fast gar nicht alterirt. Unzweifelhaft aber war es eine unter den Rindern übertragbare Krankheit, denn es wurde nach und nach, wie die Thiere miteinander in Berührung kamen, das ganze Gehöft ergriffen und nur wenige Individuen blieben verschont. Mit welchem Namen die Veterinärkunde diese Krankheit bezeichnet, ist mir, obgleich ich mich dieserhalb mit einem Thierarzte in Verbindung gesetzt habe, noch nicht klar geworden. Vielleicht handelt es sich um die von Spinola (Pathologie und Therapie der Thierkrankheit 1857. Abth. 3. S. 1012) als schuppigte Flechte, „herpes squamosus" aufgeführte Affection, welche bei Pferden und Hunden, bei ersteren hauptsächlich in dem Mähnengrund vorkommt. Es entstanden nun bei den erwähnten Personen, nachdem sie die kranken Thiere von den Flechten gereinigt, kurzum, sich intensiv mit der Behandlung der Krankheit befasst hatten, an den Vorderarmen und im Gesichte Ausschläge, die nicht anders als Psoriasis bezeichnet werden konnten. Wenn hier die Schuppen keine so dicke und so geformte Dicke bildeten, wie bei den Thieren, so ist dies leicht aus der Verschiedenheit der Haut, namentlich dem Mangel an dichten Haaren zu erklären. Der Verlauf, die Hartnäckigkeit des Ausschlages glich ganz und gar der Psoriasis. Aus den Anfangs kleinen, linsen- bis erbsengrossen, kleienartigen Flecken entstehen allmälig grössere bis handtellergrosse Auflagerungen von runder bis unregelmässiger Gestalt; die Epidermis ist zu dicken, trockenen Schuppen umgewandelt, der Rand zeigt meistentheils eine ziemlich lebhafte Röthe."

36. Greenough, Clinical notes of psoriasis. — Boston medical and surgical journal. 3. Septbr. 1885. p. 241.

37. Lassar Osc. Demonstration in der Berliner medic. Gesellschaft. 11. November. 1885. — Berliner klinische Wochenschrift Nr. 47.

38. Destaut und Augagneur. Inoculabilité du psoriasis. Mém. et comptes rendus de la soc. médicale de Lyon 1889.

39. Unna. Congress zu Kopenhagen 1884. — Refer. in Vierteljahrschr. für Dermat. u. Syph. 1884. p. 492.

40. Wolff. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1893. p. 184.

41. Poor. Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Psoriasis vulgaris. — Prager Vierteljahrschr. für prakt. Heilkunde 1878. Bd. I. p. 103.

42. Kopp. Die Trophoneurosen der Haut. Wien 1886. p. 93 u. a.

43. Polotebnoff. Psoriasis. In: Dermatologische Studien. Zweite Reihe. 5. Heft. 1891. p. 41 u. a.

44. Bourdillon. Psoriasis et arthropathies. Thèses de Paris 188^. Tome III.

45. Eulenburg. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1878. I. Theil. p. 332.

46. Raff. Die Behandlung der Psoriasis mit Aristol. Archiv für Dermat. u. Syph. 1891. XXIII. p. 447.

47. Rosenthal, O. Ueber typische und atypische Psoriasis. (Nach einem Vortrag auf dem zweiten internat. dermat. Congress in Wien. 1892.) In Archiv für Dermatol. und Syph. 1893. Bd. XXV. Ergänzungsheft.

48. Brocq. Traitement des maladies de la peau 1890.

49. Myrtle. Eczema and Psoriasis. Lancet 1887. Vol. II. p. 1105.

50. Gerhardt. Ueber Rheumatoidkrankheiten. XIV. Congr. für innere Medicin. Wiesbaden. Aerztliche Rundschau. 1896. p. 273.

51. Eger. Ueber das Verhältniss von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen. — Berliner klin. Wochenschr. 1895. Nr. 27.

60. Quincke. XIV. Congr. für innere Medicin. — Wiesbaden. — Aerztl. Rundschau. 1896. p. 273.

61. Seifert. Ueber die Behandlung der Psoriasis mit grossen Dosen von JK, nebst Bemerkungen über die Jodwirkung. — Archiv f. Dermatol. und Syphil. Bd. XXVII. p. 323.

62. Gerhardt, C. Ueber das Verhaltniss von Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen. — Berliner klin. Wochenschr. XXXI. 1894. p. 38.

63. Ssirski. Psoriasis als eines der Symptome bei Tabes dorsalis. — St. Petersburger medic. Wochenschr. 1888. Nr. 3 p. 21.

64. Mantegazza, Umb. — Note istologiche sopra alcuni casi di psoriasi. — Giornale italiane delle mal. vener. e della pelle. XXVIII. Tesc. I. — Refer. in Archiv f. Dermatol. und. Syph. XXVI. p. 451.

65. Medicus (Anonym). Persönlicher Fall von Psoriasis. Aus: Journal of cutaneous and venereal diseases. Vol. IV. Nr. 9. Refer. in Monatshefte fur prakt. Dermatologie. Bd. VI. 1887. p. 624.

66. Hammer. Ueber Psoriasis vulgaris. Mittheilungen aus der medic. Klinik zu Würzburg. II. Bd. 1886

67. Haslund, Alex. Ueber die Behandlung der Psoriasis mit grossen Dosen von JK. — Vierteljahrschr. für Dermatol. u. Syph. 1887. Bd. XIV. p. 585.

68. Tommasoli. Di due casi interessante per la storia e per la patogenesi della psoriasi. — In: La Riforma medica. 6. Juni 1891 p. 613. — Ref. in Annales de dermatologie et de syphiligr. 1892.

69. Goltz. Ueber gefässerweiternde Nerven. Zweite Abhandlung: Archiv für die gesammte Physiologie. 11. Band 1875. p. 52.

70. Claude Bernard. De l'influence du système nerveux grand sympathique sur la chaleur animale. — Comptes rendus hebdomadaires des scéances de l'académie des sciences. Tome trente quatrième 1852.

71. Unna. Beiträge zur Onychopathologie. — Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis. 1882. p. 4.

72. Feulard. Psoriasis. In: Le Musée de l'hôpital St. Louis; iconographie des maladies cutanées et syphilitiques avec texte explicatif. 14e Fascicule.

73. Unna. Die Histopathologie der Hautkrankheiten. — Berlin 1894. Achte Lieferung v. Orth, Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie.

74. Kendall und Luchsinger. Zur Innervation der Gefässe. — Archiv für die gesammte Physiologie. 13. Band 1876. p. 197.

75. Goltz. Ueber die Function des Lendenmarks des Hundes. — Archiv für die gesammte Physiologie. 8. Band 1873.

76. Gergens. Ueber die Veränderung der Gefässwände bei aufgehobenem Tonus. Archiv für die gesammte Physiologie. 1876. 13. Bd. p. 591.

77. Lewaschew. Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Gefässnerven und des Gefässsystem bei Gefässerkrankungen. Virchow's Archiv 92.

78. Jacquet. Note sur la pathogénie des ulcérations trophiques de la peau. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1892.

79. Wutzdorff. Beiträge zur Aetiologie der Psoriasis vulgaris. Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1876 p. 329.

80. Virchow. Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiol. und pathol. Gewebelehre. — 4. Aufl. Berlin 1871. p. 158.

81. Bäumler. Ueber Höhlenbildung im Rückenmark. — Deutsches Archiv für klinische Medicin. 40. Bd. 1887. p. 443.

82. Jarisch. Ueber die Coincidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarks. — Vierteljahrschr. für Derm. u. Syph. 1880 p. 195.

83. Crocker. Discussion on the etiology and treatment of psoriasis. — The british medical journal. Volume II. for 1893. p. 934.

84. Heitzmann. Ueber Narbenbildung der Lederhaut. — Archiv f. Dermat. u. Syph. XXV. 1893 p. 135.

85. Kaposi. Verhandlungen der Wiener dermatol. Gesellsch. 1893. In: Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. XXVI. p. 145.

86. Kaposi. Verhandlungen d. Wien. dermatol. Gesellsch. 8. März 1893. In: Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. XXV. 1893. p. 851.

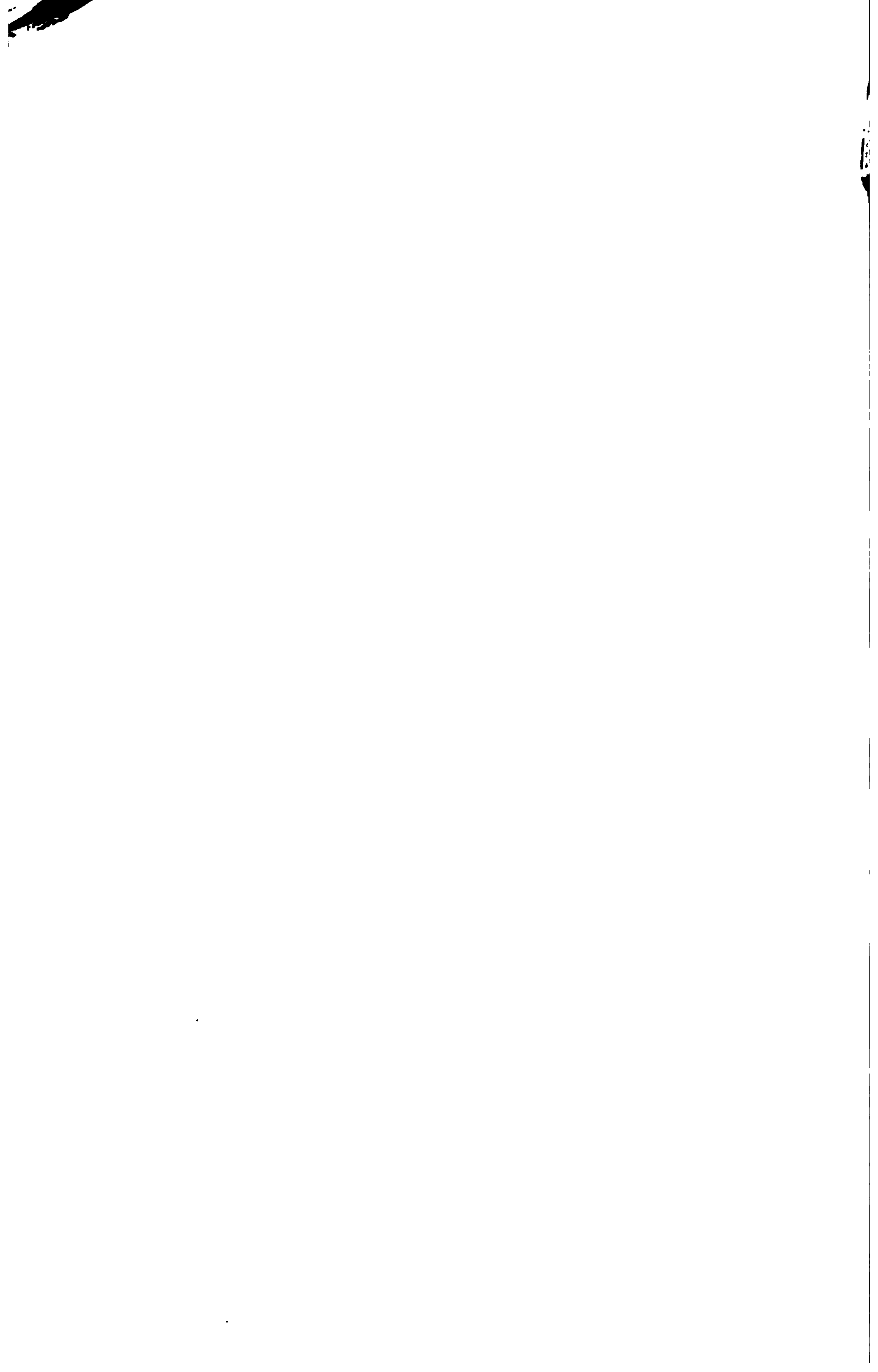
87. Schultz. Ueber Psoriasis u. deren Behandlung. — Kreuznach 1882. Refer. in Vierteljahrschr. f. Dermatol. u. Syph. 1882. p. 556.

88. Schmiedeberg. Grundriss d. Arzneimittellehre. — Leipzig 1888.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen des Vereines ungarischer Dermatologen und Urologen.

Sitzung vom 30. April 1896.

Vorsitzender: Bakó. Schriftführer: Basch.

1. Alapy hielt einen Vortrag „Ueber Kathetersterilisation".

Redner hat sein früheres Verfahren dahin abgeändert, bezw. vereinfacht, dass 20—50 elastische Katheter, Bougies u. s. w. — mit Beseitigung der früher benöthigten Papierhülle für jedes einzelne Instrument — in ein 50—60 Cm. hohes, 5—6 Cm. weites Glasrohr gegeben werden, in welches vorher ein Bogen Filtrirpapier, zu einem Hohlcylinder von denselben Dimensionen gerollt, hineingeschoben worden ist; das oben und unten mit Watte (mit einer Lage Gaze umhüllt) verschlossene Glasrohr, in welchem der untere Propfen 5—6 Cm. hoch über der Oeffnung sitzen muss, wird 15—20 Minuten lang dem strömenden Wasserdampf des gewöhnlichen Koch'schen Sterilisators ausgesetzt, herausgenommen, abgekühlt, schliesslich der Papiercylinder aus dem Rohr entfernt.

Die Vorzüge des beschriebenen Verfahrens sind nach dem Verf.: 1. Die Einfachheit und Bequemlichkeit; selbst in einem kleineren Apparat können 4—5 Glasröhren, somit 100—200 Instrumente zu gleicher Zeit sterilisirt werden. 2. Die ausgezeichnete Conservirung der Instrumente; das Filtrirpapier nimmt den nachträglich condensirten Wasserdampf auf, es bildet sich kein Condensationswasser, daher die Katheter selbst vollkommen trocken bleiben und eine sehr häufige Wiederholung des Verfahrens gestatten. 3. Die Vermeidung jeglicher Harnröhrenreizung, welche bei Gebrauch der mit flüssigen oder gasförmigen antiseptischen Mitteln desinficirter Katheter niemals gänzlich zu umgehen ist. Endlich 4. die absolute Verlässlichkeit. Verf. hat seine Methode aus dem Grunde einer neuerlichen Prüfung unterworfen, da sämmtliche neueren Autoren, die zur Sterilisirung elastischer Instrumente den strömenden Wasserdampf verwenden, von der Voraussetzung ausgehen, man müsse durch besondere Vorrichtungen den Dampf durch die Katheter direct durchleiten, um eine sichere Keimtödtung auch im Inneren der Katheter zu erzielen. Im Widerspruch mit dieser Auffassung haben die Versuche des Dr. A. die Thatsache ergeben, dass die mit Milzbrandsporen von innen und aussen inficirten Katheter, auch solche feinsten Lumens (Instillatoren, Ureterenkatheter), selbst nach

mehrtägiger Antrocknung der Culturen, durch das beschriebene Verfahren mit absoluter Sicherheit sterilisirt worden sind, ohne dass sie vorher, wie in der Praxis mit Recht üblich, abgeseift worden wären. — Zum Schlüpfrigmachen der Instrumente verwendet A. bloss reines, sterilisirtes Olivenöl oder Sesamöl.

2. Török demonstrirt einen Fall von „Ekzema marginatum" mit ungewohnt grosser Ausbreitung und eigenthümlicher Localisation. Das Leiden begann vor 1½ Jahren auf der rechten Schulter als thalergrosser juckender Fleck und bildet jetzt eine kolossale Plaque, welche Mantilleartig den Brustkorb bedeckt. Die oberen Ränder derselben sind vorne am Unterkiefer, rückwärts am Rande der behaarten Kopfhaut, die untern Ränder ziehen sich vorne von der Mitte des Manubrium sterni ausgehend mit ein wenig spitzenartigem, leicht polycyklischen Verlaufe gegen die Achselhöhle und von dort gegen den mittleren Theil des Rückens. Die lateralen Grenzen der Plaque befinden sich an der unteren Grenze des oberen Oberarmdrittels. — An den Rändern sieht man hirsekorngrosse hyperämische und ödematöse papillare Erhebungen und besonders aus deren Confluenz entstandene blassrothe, genug scharf begrenzte, nagel- bis silberguldengrosse Flecke, welche theils mit feinen Schüppchen, theils mit braunrothen Krüstchen (in Folge des Kratzens) bedeckt sind. Die Oberhautfelderung ist auf ihnen etwas stärker ausgeprägt. Die Breite der leicht erhobenen Randzone variirt, je nachdem sie kleinere oder grössere Hautläsionen aufweist. Einwärts von der Randzone ist eine hellbraune Pigmentirung vorhanden, auf welcher einige Hautveränderungen, vom Typus der in der Randzone aufgetretenen, sichtbar sind. Pilzbefund negativ.

3. Török stellt einen Fall von Lichen ruber acuminatus (Pityriasis rubra pilaris) vor.

R. B., 29 Jahre alte Lehrersgattin, hat 2 gesunde Kinder und erfreute sich bis vor 9 Jahren, als dieses Leiden auftrat, der besten Gesundheit. Das Leiden begann auf den Fussrücken und verbreitete sich binnen einem Jahr auf die Knie, Hände und den Rumpf, ohne je Jucken zu verursachen. Vor 2 Jahren wurde Pat. in Wien behandelt und der Fall vom Prof. Kaposi ausführlich beschrieben. (S. Archiv f. Derm. und Syphilis 1895. Band XXXI. 1. Heft, S. 11.) Das Krankheitsbild hat sich seitdem nicht wesentlich verändert. (Die Beschreibung ist aber in manchen Stücken abweichend von der Kaposi's (s. Pester med. Chir. Presse 1897 Nr. 1), auch die Erkrankungen der Augen sind anders aufgefasst. Ref.) T. hält den Fall entschieden für Pityriasis rubra pilaris, und leugnet jedwede Verwandtschaft mit lichen ruber planus.

M. Mohr, Augenarzt, demonstrirt die krankhaften Veränderungen der Augen an T.'s Pat. Beide Augen sind lichtscheu, die Augen öffnen sich schwer und sind voll mit Thränen. An dem intermarginalen Theil des linken oberen Augenlides sind mehrere hirsekorngrosse, scharf geränderte Papeln, welche tief im Zellgewebe sitzen. An der Bindehaut beider oberen und unteren Augenlider sieht man nahe am Lidrand eher flache

Papeln. Conjunctiva sonst geadert, ein wenig geschwollen. Am rechten Auge pericorneale Injection, von der Conjunctiva ziehen sich Blutgefässe gegen die Cornea, deren Fläche uneben ist, viele Substanzverluste theils facetteartig glänzend aufweist. Das Parenchym der Cornea ist undurchsichtig grau, nur im oberen äusseren Viertel durchscheinend. Vorderkammer tief, Iris, soweit dieselbe sichtbar ist, intact. Sehvermögen: zählt die Finger in 1 M. Entfernung.

Am linken Auge ist die Cornealerkrankung viel geringer: oberflächliche Erosionen mit geringer Ciliarinjection. Sehvermögen: zählt die Finger in 5 M. Entfernung.

Die vorhandenen Cornealgeschwüre verdanken ihr Entstehen dem Uebergreifen der Conjunctivalveränderungen, welche wieder im causalen Nexus mit jenen Hautveränderungen sind, die an den intermarginalen Theilen der Lider beschrieben waren.

Róna gesteht, dass er keinen ähnlichen Fall noch gesehen hat, und constatirt, dass derselbe ein ganz anderes Aussehen hat, wie jener, den Havas 1889 im Aerzteverein in Uebereinstimmung mit Kaposi als Lichen ruber acuminatus vorgestellt hat und welchen Róna und später die im Jahre 1892 hier gewesenen französischen Dermatologen als Pityriasis rubra pilaris Devergie diagnosticirten. Auch jener Fall, den Havas am 19. Jänner 1896 in der II. Sitzung des Vereines als typische Pityriasis pilaris Besnier-Richaud vorgestellt, und welchen sowohl R. als auch Török nicht dafür hielten, sei von dem gegenwärtig vorgestellten zu unterscheiden. — Auch muss R. bemerken, dass die auf der Ober- und Unterlippe vorhandenen Infiltrate, als auch die im Gesicht und auf den Armen bemerkbaren starken Infiltrate nicht in das bisher bekannte und charakteristische Bild der Pityriasis pilaris hineinpassen. — Róna enthält sich daher in diesem wichtigen Fall, bei dieser Gelegenheit, einer bestimmten Meinungsäusserung.

Török erwidert, dass ein Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose im gegebenen Fall ganz unzulässig sei. Alle vorhandenen Hautveränderungen stimmen vollkommen mit den von Besnier so genau beschriebenen überein. Wir finden die typischen Veränderungen an den Follikeln, den „état granité" an den Ellbogen und Knien, die typische Localisation etc. Ueberdies ist der Fall auch von Kaposi als Lichen acuminatus diagnosticirt und publicirt worden. Die streifenförmige Anordnung sei zwar etwas neues, aber nichts wesentliches im Bild. Diese Anordnung kommt z. B. auch bei der Psoriasis vor. Aus diesem rein äusserlichen Grunde dürfe man bei sonstiger Uebereinstimmung der Symptome den L. rub. acuminatus nicht ausschliessen. Die Lippe ist ganz gewiss nicht verdickt, es ist dort nicht die Spur einer Infiltration vorhanden. — Die Schleimhaut sei bloss auf der Unterlippe ganz leicht weisslich verfärbt.

Róna bemerkt, dass er die Richtigkeit der Diagnose „Pityriasis pilaris" nicht bezweifeln will, umso weniger, als Török in Paris Gelegenheit hatte mehrere ähnliche Fälle zu sehen. Jetzt sieht man in der

That keine Lichen planus-Papeln und nur die moniliformen Plaques und Schleimhautplaques erinnern an Lichen planus.

4. Basch stellt einen Fall von Lichen ruber planus et acuminatus vor.

Das Leiden begann bei dem 37 Jahre alten, seit 11 Jahren verheirateten Maurer, welcher 4 lebende gesunde Kinder hat, während ein Knabe im ersten Lebensjahre an unbekannter Krankheit gestorben ist, vor circa 2 Jahren. — Patient bemerkte in der Kniebeuge kleine „Wimmerln", welche ein mässiges Jucken verursacht haben, jedoch keine Tendenz zur weiteren Ausbreitung zeigten. Erst vor 3 Monaten, also nach mehr als 1½jährigem Bestand, zeigten sich ähnliche Hautveränderungen an den Unterschenkeln, nachher an den Oberschenkeln, Bauch, Rumpf und angeblich zuletzt an den oberen Extremitäten. Ausser mässigem Jucken ist das Befinden des Patienten normal. Gesicht und Kopfhaut ist frei vom Leiden. Auf der Rücken- und Brusthaut sieht man blassgelblich graue, nadelstichkleine, bis stecknadelkopfgrosse Erhebungen, die rauh anzufühlen sind. Von der Cutis auserina unterscheiden sich diese Veränderungen dadurch, dass Rauhigkeit durch Hyperplasie des Stratum corneum entstanden ist. Viel auffallender sind die stecknadelkopf- bis mohnsamengrossen runden resp. polygonalen, aus dem Niveau der Haut nur wenig erhabenen flachen gelblich röthlichen wachsartig glänzenden Veränderungen, deren Centrum muldenartig vertieft ist. Diese Vertiefung ist an vielen Efflorescenzen durch mehrere Schuppenschichten verdeckt. An den oberen und unteren Extremitäten sind pfennig- bis thalergrosse Plaques vorhanden, deren Umgebung mässig infiltrirt ist und welche mit graubraunen resp. bläulichgrauen Schuppenschichten bedeckt sind. Aehnliche Plaques sieht man ad nates, nur sind jene der Extremitäten viel rauher. In der Umgebung der an den Extremitäten befindlichen Plaques sieht man zerstreut stecknadelkopfgrosse Veränderungen, deren Grund mässig infiltrirt ist und aus denen Hornhautverdickungen Coni hervorragen. An der Streckseite der linken Finger sieht man ebenfalls mässig ausgebildete Coni.

Die Schleimhäute sind mässig injicirt, an der Mund- und Lippenschleimhaut als auch auf der linken Tonsilla sind bis hirsenkorngrosse konische, glänzende resp. flache glanzlose Erhabenheiten, deren Umgebung ganz normal ist.

Die beschriebene Hautveränderung entspricht im Grossen und Ganzen dem Lichen ruber planus universalis. Nachdem jedoch acuminirte Papeln ebenfalls vorhanden sind, will B. dies in der Benennung ebenso bezeichnen, wie dies in ähnlichen Fällen Kaposi, Schwimmer, Lukasiewitz gethan.

Histologisch konnte B. den Fall wegen Kürze der Zeit nicht untersuchen.

Róna hält die Erkrankung für einen typischen Lichen planus. Die acuminirten Knötchen und Corneusgebilde gehören zum Bilde des L. planus.

Török. Die folliculären Veränderungen, welche in dem vorgestellten Falle neben den typischen Hautveränderungen des Lichen planus vorhanden sind, sind grundverschieden von jenen in T.'s Fall. Er glaubt auch nicht, dass dieselben mit zu den Hautveränderungen des L. planus zu rechnen seien, sondern hält sie für Läsionen der Keratosis pilaris. Dieser Annahme entspricht, dass sie kleine, in der Follikelmündung befindliche Hornpfröpfchen darstellen, an deren Basis keine oder bloss eine geringe Hyperämie vorhanden sei. Ueberdies habe der betreffende Kranke schon seit geraumer Zeit kein Bad genommen.

Basch gibt zwar zu, dass die mit Pityriasis rubra pilaris bezeichneten Lichen ruber acuminatus-Fälle von dem vorgestellten abweichen. Auch er hält den Fall für L. planus, sieht jedoch Uebergangsformen zu L. r. acuminatus. Patient hatte vor 6 Wochen zuletzt ein Bad genommen, so dass die Rauheit einzelner Hautpartien vielleicht doch einen anderen Grund habe.

5. Róna: „Entfernung eines in die Blase hineingebrochenen Katheterstückes."

A. B., ein 20jähriger lediger Handarbeiter, kam am 6. Juni 1894 zuerst in meine Behandlung. Patient hatte im Jahre 1889 den ersten, 1890 den zweiten Tripper und urinirt seit 1892 in dünnerem Strahl und bemerkt auch seit dieser Zeit ein ziemlich starkes Nachtröpfeln. — In der letzten Zeit wurde Patient gegen Prostatitis und Strictur behandelt und zuletzt ward ein 10er (engl.) Nelatonkatheter eingeführt, durch welchen Urin entfernt wurde, jedoch beim Herausziehen des Katheters blieb ein Theil desselben in der Harnröhre zurück; Patient urgirte die Herausnahme des hineingebrochenen Stückes, worauf angeblich sein Arzt das Stück mittelst einer Sonde in die Blase schob. Seit dieser Zeit hat Patient $^1/_2$stündlich Urindrang und am Ende jedes Urinirens intensive Schmerzen und Blutungen. Auch beim Gehen sind grössere Schmerzen vorhanden. Hierauf sandte ihn sein Arzt von einer Entfernung von 200 Kilometer nach Budapest. $1^1/_2$ Stunden bevor Patient zu mir kam, urinirte er und fühlte, als wenn das Katheterstück an den Blasenhals gedrückt wäre; zu gleicher Zeit hörte der Urinstrahl plötzlich auf, es stellte sich Tenesmus ein mit fortwährendem Tröpfeln blutigen Harns.

Bei der Untersuchung fand ich einen eiterigen Harnröhrenfluss, blutige Flecken auf der Unterhose. Pars pendula der Harnröhre leer, im scrotalen Theil desselben konnte ich einen mehrere Centimeter langen Fremdkörper palpitiren. In der Voraussetzung, dass der Fremdkörper im stricturösen Theil der Harnröhre eingeklemmt sei, führte ich mit mässiger Anstrengung einen offenen Tubus 24 Charr. ein, bemerkte jedoch, dass der Fremdkörper durch das Einführen des Tubus gegen den Bulbus einwärts gleite, obwohl der Tubus vor der Pars scrotalis in der 22 Ch. weiten Strictur stecken blieb. Hierauf zog ich den Tubus ein wenig nach auswärts, und führte den Zeigefinger der linken Hand in das Rectum ein, wodurch ich nicht nur das Weitergleiten des Fremdkörpers verhinderte, sondern denselben sogar ein wenig auswärts schiebend fixirte.

Durch den Tubus bemerkte ich jetzt, dass das Katheterstück wieder in der Pars scrotalis sei, jedoch dort stecken blieb. Jetzt entfernte ich den Tubus und drängte mit geringer Gewalt das Kathetherstück in die Pars pendula, von wo dasselbe beinahe von selbst heraus kam. Das entfernte Stück ist 3 Cm. lang (Nelatonkatheter Nr. 10), spröd, ausgetrocknet mit vielen Querrissen.

Dies war die Ursache des Abbrechens und auch dessen, dass das Stück nicht spontan durch die verengte Pars scrotalis herausgleiten konnte.

6. Schatteles. Fall von extragenitaler Sklerose.

K. L., 28 Jahre alte Amme. kam am 27. April l. J. auf die poliklinische Abtheilung des Docenten Havas und gab an, dass sie am 19. Jänner einen gesunden Knaben gebar, welchen sie aufs Dorf gab, während sie selbst am 1. Februar ein 3 Monate altes Kind zum Stillen übernahm, welches wegen Geschwüren an den Lippen und Ausschlägen am Körper zuerst durch den Hausarzt, nachher im Stefanie-Kinderspital behandelt wurde. Dort wurde die Diagnose auf Syphilis gemacht. Die Amme bemerkte Ende Februar neben der linken Brustwarze einen kleinen Ritz, womit sie jedoch noch weitere 2 Wochen hindurch das Stillen fortsetzte. Das Geschwür erreichte die Grösse eines Pfennigs und heilte trotz Behandlung nicht zu. Am 12. April bemerkte Patientin am Körper Flecken und leidet seit dieser Zeit ständig an Kopfschmerzen. Status präsens: An der linken Seite der linken Brustwarze ein pfenniggrosses rundes erhabenes, stark granulirendes und leicht blutendes Geschwür mit harter Basis, die Axillardrüsen taubeneigross angeschwollen. — Am Körper zerstreut papulo-maculöses Exanthem. Róna.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Vereinigung.

Sitzung vom 3. December 1896.

Vorsitzender: Lassar. Schriftführer: Rosenthal.

I. Richter stellt ein Kind von 3 Jahren vor, welches seit 3 Wochen ein Exanthem am Körper zeigt, welches er als Lichen ruber planus anspricht. 14 Tage vor dem Ausbruch soll ein masernähnlicher Ausschlag bestanden haben. Der Rumpf und die Extremitäten, Beuge- und Streckseiten sind mit Efflorescenzen bedeckt. Ausserdem besteht ein aussergewöhnlich starkes Jucken. Die Therapie bestand in Styrax-Einreibungen und minimalen Dosen Arsen. Dieselbe war bisher ohne Erfolg.

Joseph fasst den Fall als Urticaria auf, die in Prurigo übergeht.

II. Lesser stellt einen Fall von Urticaria pigmentosa vor. Derselbe betrifft eine 23jährige, an Syphilis leidende Patientin. Das Exanthem ist fast ausschliesslich auf die Brust beschränkt und nur in geringem Grade sind Rücken und der untere Theil des Leibes befallen. Dasselbe setzt sich aus kleinen, linsengrossen Knötchen zusammen, die ziemlich hell sind, nur die grösseren erscheinen z. Th. hellbräunlich. Diese Efflorescenzen sollen von der frühesten Jugend an unverändert bestehen. Beim Reiben schwellen dieselben an und röthen sich, ebenso wie die Umgebung. Die Pigmentirung fehlt in diesem Falle fast vollständig. Bemerkenswerth ist ferner, dass Jucken, das sonst meist vorhanden ist, nicht besteht. Das Charakteristische des Processes beruht darin, dass die Efflorescenzen aus dem Ruhestadium in Activität übergehen. Der Fall ist noch dadurch bemerkenswerth, dass die Mutter der Patientin genau an demselben Ausschlag von Kindheit an leidet, und dass daher bei der Tochter die Affection vielleicht schon vor der Geburt vorhanden gewesen ist. Sind doch Fälle, bei denen das Leiden intrauterin entstanden ist, bekannt. Noch ein anderes Familienmitglied soll von der Krankheit befallen sein. Jedenfalls scheint man zwei Extreme dieses Leidens unterscheiden zu müssen, erstens einen mehr chronischen Typus, bei welchem die Efflorescenzen Monate und Jahre lang unverändert bestehen und sich Hautgeschwülste entwickeln, die xanthomähnlich sind und einen zweiten

Typus, bei welchem das Exanthem mehr einer Urticaria ähnlich ist und in rascherem Wechsel auftritt und wieder vergeht. Pigmentirungen sind, wie schon erwähnt, nicht das Charakteristische, da dieselben in manchen Fällen absolut fehlen. Urticaria factitia ist in diesem Falle nicht vorhanden, sondern es besteht nur eine lebhafte Reaction bei dem Streichen mit dem Nagel. Therapeutisch sind wir gegen das Leiden ganz ohnmächtig.

Joseph theilt mit, dass in nächster Zeit eine Arbeit aus seiner Klinik erscheinen wird, in welcher auch histologisch die Angabe von Lesser, dass die Pigmentirung keine wesentliche Bedeutung hat, eine Bestätigung findet. Hauptsächlich scheint der Process in dem schon von Unna hervorgehobenen Mastzelleninfiltrat im untern Theil des Chorium zu bestehen. Das Auftreten in frühester Kindheit, ja die intrauterine Entwicklung ist für die Urticaria pigmentosa charakteristisch, während die Urticaria perstans erst später beginnt. Vor längerer Zeit hat J. einen ähnlichen Fall vorgestellt, bei welchem ebenfalls die Pigmentation sehr gering ausgebildet war. Es handelte sich um einen Bäcker, der jedesmal einen Urticariaausschlag bekam, wenn er die warme Backstube betrat.

III. Lesser stellt einen Fall von Lues hereditaria tarda bei einem 14jährigen Mädchen vor. Dasselbe zeigt starke Auftreibungen der Tubera frontalia und beider Tibiä, besonders der linken. Diese Veränderungen bestehen seit 7 Jahren. Ausserdem hat die Pat. eine Keratitis interstitialis linkerseits und ausgedehnte Ulcerationen am Gaumen, welche zur Zerstörung der Uvula und zu einer Fissurbildung des weichen Gaumens geführt haben. Auch auf der Nasenschleimhaut sind Ulcerationen mit sehr starken Granulationswucherungen vorhanden. Die Zähne zeigen ausser einer Andeutung der Hutchinson'schen Incisur an den Schneidezähnen ein doppeltes Vorhandensein der Eckzähne, da die Milchzähne nicht ausgefallen sind, und ferner ein Fehlen der ersten vier Molarzähne, sowohl im Ober- wie im Unterkiefer. Da angeblich Extractionen nie stattgefunden haben, so ist anzunehmen, dass an dieser Stelle die Zähne von vornherein gefehlt haben. Letzteres hat L. öfters beobachtet, ebenso wie das Vorhandensein doppelter Zähne. Die Anamnese ist in diesem Falle ausserordentlich dürftig. L. beabsichtigte noch einen zweiten Fall von Lues hereditaria tarda vorzustellen, der noch viel prägnanter ist. Die Pat. ist aber in einem zu desolaten Zustand, um sie transportiren zu können. Keratitis interstitialis sowie die säbelförmigen Krümmungen der Tibien sind in diesem Falle noch viel stärker ausgeprägt. Selbstverständlich sind derartige Kranke nicht als Beweis anzuführen, dass nicht schon in frühester Jugend irgend welche Zeichen von Lues bestanden haben.

Meissner hatte Gelegenheit derartige Veränderungen an den Knochen mit Röntgenstrahlen zu untersuchen und hat gefunden, dass die Verdickungen z. Th. vom Periost, z. Th. vom Knochen, z. Th. von beiden zugleich ausgehen. Die vom Periost ausgehenden Auflagerungen sind durchscheinend und daher auf der Photographie nicht zu sehen, während

die vom Knochen ausgehenden Veränderungen früh verkalken, für die X-Strahlen nicht durchgängig sind und sich daher scharf markiren.

Heller berichtet, dass er vor $^3/_4$ Jahren einen Fall von schwerer syphilitischer Periostitis durch Professor Buchka mittelst Röntgenstrahlen aufnehmen liess; dabei stellte sich heraus, dass die starken Auftreibungen auf dem Bilde nicht wiedergegeben waren. H. hat dieselben für periostale, noch nicht verkalkte Massen gehalten.

Lesser glaubt, dass man auf diesem Wege unzweideutige Resultate erhalten wird.

IV. Lassar demonstrirt mehrere elektrische Beleuchtungsapparate zu diagnostischen Zwecken: zuvörderst eine kleine Lampe, wie sie zur Rachenbeleuchtung benutzt wird, welche dazu dient, bei Linsenbetrachtung eines circumscripten Hautstückes eine intensive, seitliche Beleuchtung desselben zu geben. Ferner benutzt L. dieselbe Lampe zur Beleuchtung der Portio vaginalis uteri bei Besichtigung durch ein Speculum. Die Stirnlampe ist in diesem Fall nicht von gleichem Vortheil.

V. Immerwahr stellt aus der Rosenthal'schen Klinik einen Lupus erythematodes des Gesichts vor. Bei demselben sind nicht die Prädilectionsstellen befallen, sondern nur der Raum zwischen den Augenbrauen, die Winkel an den Nasenflügeln bis zum Munde und die Oberlippe. Das Leiden soll sich früher über das ganze Gesicht ausgebreitet haben und sich seit 10 Jahren, so lange besteht die Affection, allmälig verringert haben. Seit April dieses Jahres kam sie in Beobachtung von Rosenthal und wurde, weil sie im fünften Monat schwanger war, nur wenig eingreifend behandelt, grösstentheils mit Schälpasten. Inzwischen ist die Geburt erfolgt; der Lupus ist bedeutend blasser und kleiner geworden. Anamnestisch sind keinerlei Anhaltspunkte für Tuberculose oder für Lues vorhanden. Eigenthümlicherweise zeigt die Patientin an der Brust starke Pigmentablagerungen und daneben ein ausgedehntes Leukoderma. Dasselbe soll bei jeder Gravidität stärker werden und dann wieder verschwinden.

VI. Koller stellt aus der Rosenthal'schen Klinik einen Patienten vor, der seit 22 Wochen an einem intensiven Gesichtsausschlag leidet, welcher ziemlich plötzlich entstanden sein soll. Das Exanthem besteht aus pustulösen Knoten, welche am Kinn und den Nasolabialfalten besonders zahlreich sind. An den Stellen, an welchen das Gesicht frei ist, fühlt man beim Betasten unter der Haut zahlreiche kleine Knötchen, welche sich später röthen, sich mit Borken bedecken und grösstentheils mit einer pockenähnlichen Narbe heilen. Die in der Nähe befindlichen Drüsen, Occipital-, Cervical- und Submaxillardrüsen sind zum Theil geschwollen. Das ganze Bild macht den Eindruck eines Syphilids. Am übrigen Körper sind absolut keine Spuren von Lues zu finden; auch anamnestisch ist nichts zu eruiren. Von anderer Seite wurde der Pat. bereits mit Sublimatinjectionen und später mit Jodkali behandelt, ohne dass Besserung eingetreten ist, im Gegentheil nach dem Jod ist die Affection schlimmer geworden. Pat.

hat als Kind lange Zeit an Scrophulose und Drüsenschwellungen gelitten. In Anbetracht der Art des Exanthems, der mangelnden Anamnese und des Fehlschlagens der antisyphilitischen Medication spricht sich K. für eine atypische Form der Acne varioliformis aus. Der Kranke erhält innerlich Arsen, äusserlich eine indifferente Salbe.

Oestreicher hat den Fall fruher behandelt und denselben für ein serpiginöses Syphilid angesprochen, obgleich er auch an der Diagnose starken Zweifel gehabt hat. Er erinnert sich nicht, je einen ähnlichen Fall gesehen zu haben.

Rosenthal geht eingehend auf die Characteristica des Falles ein und bespricht die Differentialdiagnose, um Syphilis mit ziemlicher Bestimmtheit auszuschliessen und sich für Acne varioliformis auszusprechen.

VII. Palm berichtet über einen Fall von Varicella bullosa bei einem 5jährigen Knaben. Der ganze Körper war mit Blasen von Linsen- bis Haselnussgrösse bedeckt, so dass man an Pemphigus acutus denken konnte.

O. Rosenthal.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Spietschka, Th. und Grünfeld, A. Die Pflege der Haut und ihrer Adnexa nebst Angabe der wichtigsten pharmakotherapeutischen Mittel. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 1896.

Besprochen von Prof. J. Jadassohn in Bern.

Die Verfasser sprechen sich in dem Vorworte über den Zweck, den sie mit dem vorliegenden Buche verfolgt haben, aus. Sie meinen, dass in den Abhandlungen über Kosmetik sowohl wie in den Lehrbüchern der Haut auf die Behandlung der normalen Haut zu wenig Rücksicht genommen ist — diese Lücke wollten sie ausfüllen.

Die Praemisse ist den Verfassern zuzugeben — die Prophylaxe der Hautkrankheiten ist im Allgemeinen wenig und fast immer nur gelegentlich berücksichtigt. Aber der Grund, warum das geschehen ist, ist leicht einzusehen. Auf der einen Seite sind die Mittel, mit denen man dem Entstehen von Hautkrankheiten vorbeugen kann, für jeden medicinisch Gebildeten zu selbstverständlich, um einer ausführlichen Darlegung zu bedürfen, auf der anderen Seite ist uns eine rationelle Prophylaxe noch nicht bekannt und wir sind auf mehr oder weniger vage Hypothesen an-

gewiesen, welche eine buchmässige Darstellung am allerwenigsten vertragen.

Ich glaube, diese beiden Momente sind es, welche den Verfassern den Weg, den sie sich selbst vorgezeichnet haben, sehr erschwert haben; welche die Ursache geworden sind, dass sie von ihm abweichen mussten und dass nun doch die Schilderung der Hautkrankheiten und ihrer Behandlung einen grossen Theil ihrer „Hautpflege“ ausmacht. Diese Thatsache, die ein Blick in das Buch constatiren lässt, legt aber die Frage nahe: welcher ist der Leserkreis, an den sich dieses Buch wendet? für Laien ist es — und das ist im Gegensatz zu manchen anderen Büchern, die zum mindesten Zweifeln in dieser Richtung Raum geben, mit Freude zu begrüssen — nicht berechnet. Mediciner aber werden — wie wir fürchten — nicht geneigt sein, neben einem Lehrbuch der Hautkrankheiten, das sie brauchen, noch so ausführliche Erörterungen über die Pflege der Haut und die aus ihren Fehlern resultirenden Krankheiten zu studiren. Am meisten Interesse werden zweifellos die Fachdermatologen diesem Versuch entgegenbringen, der einmal Alles zusammenfasst, was wir vor der Einwirkung äusserer und vermeidbarer Schädlichkeiten auf die Haut kennen. Aber gerade für den Dermatologen vom Fach ist natürlich die Darstellung vielfach zu elementar und Vieles überflüssig.

Der Referent bedauert sehr, mit diesen allgemeinen Bedenken nicht zurückhalten zu können. Denn gibt man einmal den Plan des Werkes als berechtigt zu, so wird man sich mit der Durchführung im Ganzen durchaus einverstanden erklären können. Die Eintheilung (Anatomie und Physiologie der Haut; Pflege der Haut in den verschiedenen Lebensperioden; die Haut in Bezug zur Aussenwelt) gestattet eine im Ganzen übersichtliche Darstellung. Wiederholungen sind meistentheils unterblieben. Der Stil ist einfach und klar; hypothetische Deductionen meist vermieden. Die Schilderung der Krankheitsbilder präcis und ohne viel Detail zu bringen, doch so, dass auch der minder Erfahrene eine gute Vorstellung von ihnen bekommen wird. Die zur Pflege der Haut gegebenen Regeln sind praktisch und halten sich von den oft zu findenden Uebertreibungen fern; bei der Auswahl der Medicamente ist mit weiser Beschränkung vorgegangen und im Allgemeinen nur wirklich Bewährtes gegeben.

Varia.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. Dieses ausgezeichnete Fachblatt unserer amerikanischen Collegen hat mit Neujahr 1897 eine Wandlung in seiner Leitung und seinem Verlage erfahren. Der um das Aufblühen des Blattes hoch verdiente Dr. John A. Fordyce ist von der Redaction zurückgetreten, die nunmehr an seinen bisherigen Gehilfen Dr. James C. Johnston in Verbindung mit Dr. George Knowles Swinburne übergegangen ist. Die Herren Louis A. Duhring, John A. Fordyce, Eduard L. Keyes, Prince A. Morrow, Robert W. Taylor und James C. White werden als Mitarbeiter angeführt The physicians publishing Company hat den Verlag übernommen.

Unna's dermatologische Preisaufgabe für das Jahr 1897 lautet: Es soll untersucht werden, ob und inwieweit alle bisher angegebenen specifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben vermögen. Die Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang December 1897 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Der Preis beträgt 300 M. Die Herren Professoren Krause (Berlin) und Hoyer (Warschau) haben auch für dieses Jahr es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen. Genaue Bedingungen und Mittheilungen über die Preisaufgabe 1897 sind von obengenannter Verlagsbuchhandlung zu beziehen.



Fig. 1.



Fig. 2.

Manassein: Permeabilität d. normal Haut.



Fig. 3.

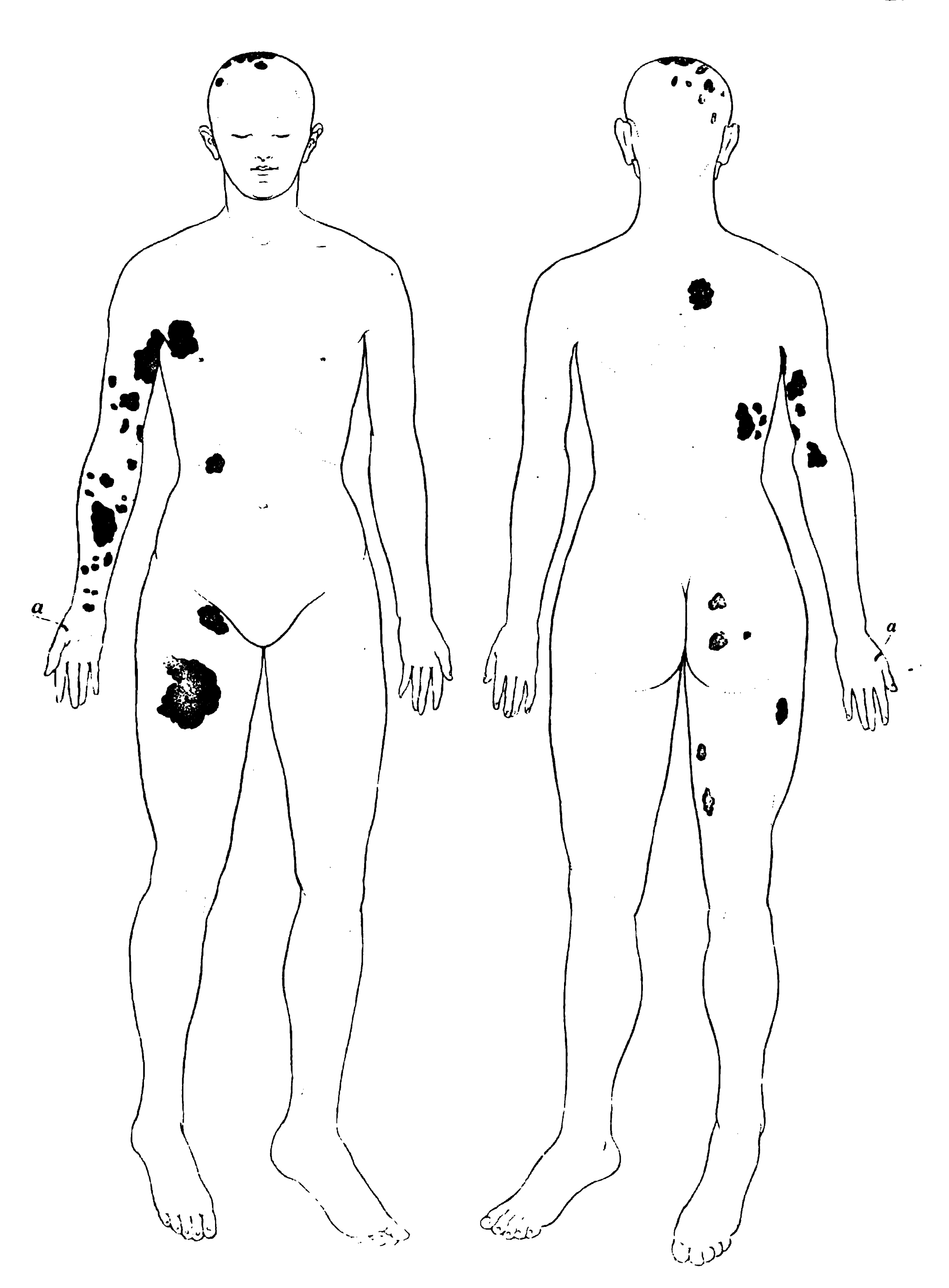


Fig. 4.

Manassein: Permeabilität d. normal Haut.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.





M. Kuznitzky: Aetiologie u. Pathogenese der Psoriasis.

Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Prof. BOECK, Prof. DUHRING, Prof. v. DÜRING, Dr. EHRMANN, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FABRY, Prof. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Prof. v. HEBRA, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JADASSOHN, Prof. JANOVSKY, Prof. JARISCH, Dr. JOSEPH, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. ŁUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Dr. du MESNIL, Prof. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, Prof. POSPELOW, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RIEHL, Dr. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Prof. STUKOWENKOW, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg, **Prof. Doutrelepont**, Bonn, **Prof. Kaposi**, Wien, **Prof. Lesser**, Berlin, **Prof. Neisser**, Breslau, **Prof. Schwimmer**, Budapest

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

Neununddreissigster Band.



Mit vierzehn Tafeln.

Wien und Leipzig.
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1897.

K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase Prag

Inhalt.

Original-Abhandlungen.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Originalabhandlungen.

Ueber multiple Dermatomyome.

Von

Hofrath Prof. **Neumann** in Wien.

(Hierzu Taf. I—IV.)

Die Hautmyome gehören im Allgemeinen und die multiplen Dermatomyome insbesondere zu den seltensten Affectionen, so dass selbst Fachmänner der pathologischen Anatomie, und Chirurgen, desgleichen Dermatologen, welche ein grosses Beobachtungsmaterial besitzen, gar keinen oder höchstens singuläre Fälle zu Gesicht bekommen. Das Interesse, welches sich an die multiplen Dermatomyome knüpft, liegt jedoch nicht in ihrer Seltenheit, sondern in nosologisch wichtigen, noch nicht klar gestellten Momenten, wie dem Ausgangspunkt und der Art ihrer Entstehung, der Langwierigkeit des progressiven Stadiums gleichwie der nahezu exceptionellen Stabilität in der Acme und der Eigenthümlichkeit, dass in den einzelnen Fällen und zwar in der Regel nur in vollständig entwickelten Tumoren, spontaner oder durch äussere Einwirkung hervorgerufener, mitunter sehr heftiger Schmerz vorhanden ist, während er in andern gänzlich fehlt.

Klinisch gelangen die multiplen Dermatomyome hauptsächlich durch die Schmerzhaftigkeit und grosse Ausbreitung, durch die Spärlichkeit charakteristischer Erscheinungen bedingte Schwierigkeit der Diagnose, deren Sicherstellung die Biopsie erfordert, zu erheblicher Bedeutung. Die spärliche Casuistik dürfte die Mittheilung des folgenden typischen Falles von einfachen multiplen Dermatomyomen genügend motiviren.

Derselbe betrifft die 54jähr., anämische und abgemagerte, schwachsinnige A. St., welche wegen eines ulcerösen Syphilides an der Nasenwurzel der Klinik übergeben wurde. Die Untersuchung der allgemeinen Decke ergibt an der aussern Fläche des linken Oberarmes disseminirt schrotkorn- bis kleinerbsengrosse, über das Hautniveau elevirte, theils runde, theils elliptische, glatte, an der Peripherie lichtbraun, im centralen Theile heller gefärbte Knoten. Sie erscheinen scharf begrenzt, wie in die Haut eingesprengt, mit ihr beweglich, derb, weder spontan, noch gegen Fingerdruck abnorm empfindlich. Die Färbung abgerechnet, bietet ihre epidermidale Bedeckung keine Differenz gegen die Umgebung. Die zwischen den Efflorescenzen gelegenen Hautpartien bieten in Bezug auf tactile und thermische Reize keine Anomalie dar. Im Ganzen zeigen die Efflorescenzen, wie Besnier,[1] welcher zuerst eine genaue Darstellung der Affection lieferte, hervorhob, ein Aussehen, welches der Urticaria papulosa am nächsten steht.

An der Innenfläche des rechten Oberarmes finden sich drei erbsengrosse, an der Peripherie rothgefärbte — desgleichen über der Rückenhaut disseminirt, zahlreiche hirsekorn- bis erbsengrosse, den erstgeschilderten im Uebrigen gleichbeschaffene Efflorescenzen.

Auf Grund der vorliegenden Erscheinungen war die Diagnose nicht festzustellen und die Biopsie unerlässlich. Es wurde daher ein Knoten excidirt und der mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Diese ergab folgenden histologischen Befund. Die Hauptmasse besteht aus in den verschiedensten Richtungen, zum Theile der Hautoberfläche parallel verlaufenden, vielfach sich kreuzenden Bündeln glatter Muskelzellen, die demgemäss theils in Querschnitten, theils in ihrer Länge mit dem charakteristischen Kern sich präsentiren. Die Muskelzellen sind zum Theil von normaler Dimension, zum Theil dünner und gleichzeitig kürzer. Zwischen den Muskelbündeln finden sich faseriges Bindegewebe und in ansehnlicher Menge elastische Fasern. In und zwischen dem Bindegewebe und zwischen den Muskelbündeln verlaufen die spärlichen Blutgefässe, welche stellenweise von Rundzellen umgeben sind. Letztere finden sich auch an den Gefässen des Papillarkörpers, welcher wie die Epidermisschicht sehr verschmächtigt erscheint. Sowohl nach auf- als nach abwärts nehmen die Muskelzellen allmälig an Menge ab, so dass die Abgrenzung nach beiden Richtungen zumeist aus

---

[1]) Les dermatomyomes (fibromyomes, liomyomes ou myomes cutanés. Ann. de Dermat. et de Syphiligr. II. p. 1. 1880. 25 ff.

Bindegewebe besteht, und nur wenig Muskelzellen nach oben an den Papillarkörper, nach der Tiefe das Niveau der Knäueldrüsen erreichen. Die Haarbälge sind spärlich, die Talgdrüsen in der Wandung durch Rundzellen verdickt. Nächst ihnen liegen dichte Muskelzellen der Arrectores pilorum. Nerven wurden nicht gefunden, an den Arterien ausser der bereits erwähnten, keine Veränderung der Wandung, welche auf einen Zusammenhang der neugebildeten Muskelzellen mit denen der Blutgefässe schliessen lassen konnte. Dieser Befund bietet ein typisches Bild des reinen Dermatomyom, wie es zuerst von Besnier (bez. Balzer l. c. 32—33) namentlich aber Arnozan und Vaillard [1]) nach einem mit Purpurin behandelten Präparat beschrieben wurde, mit dem Unterschiede, dass in dem vorliegenden Falle keine Nerven sich vorfanden. Doch bieten die multiplen Dermatomyome neben der grossen Uebereinstimmung in den essentiellen histologischen Elementen auch erhebliche Differenzen dar, so dass wir abweichend von Babes' [2]) Eintheilung, zwei Formen unterscheiden möchten. Die eine Form bildet das rein musculäre Myom, dessen Hauptmasse aus glatten Muskelzellen, fibrillärem Bindegewebe und elastischen Fasern besteht, letztere jedoch so schwach vertreten sind, dass die Neubildung nicht als Fibro-Myom bezeichnet werden kann. Die zweite: das cavernöse Myom, welches nebst glatten Muskelzellen reichlich Blutgefässe und den Bau cavernöser Gebilde aufweist. Bemerkenswerth ist, dass beide Formen neben einander vorkommen, wie in dem von Virchow [3]) beobachteten Falle, der sie als Myoma teleangiectodes unter die erectilen Geschwülste rangirte. In diesem Falle, wo in einem Zeitraum von 13 Jahren sich ein Dutzend höchst schmerzhafter Knoten

---

[1]) Myomes à fibres lisses, multiples, confluents et isolés de la peau. Société d'Anatom. et de Physiol. de Bordeaux. Séance du 7. dec. 1880. Journ. de med. de Bordeaux. 1881. Ann. de Derm. et de Syph. 1881. 60.

[2]) Handbuch der Hautkrankheiten. v. Ziemssen's Handb. d. spec. Pathol. und Therap. XIV. 2. 499. Nach Babes bilden die cavernösen Myome eine und die multiplen Dermatomyome die zweite Species der Hyperplasien der Arrectores pilorum. Da auch die cavernösen Hautmyome multipel vorkommen, ist die Eintheilung Babes' nicht zutreffend.

[3]) Ueber cavernöse (erectile) Geschwülste und Teleangiektasien. Archiv. 1854. 6. 553—54.

Völlig im Dunkeln sind wir in Bezug auf die Aetiologie. Die geringe Anzahl der Fälle bietet keine Aufschlüsse darüber, wodurch die Neubildung der muskulären Elemente angeregt und durch so lange Zeit unterhalten wird. Der Heredität, dem Alter und Beruf lässt sich mit Bestimmtheit ein ätiologischer Einfluss nicht einräumen. Vom 3. Lebensjahre (wo im Fall Hess das Leiden auftrat) bis zum 65. (F. Challand) sind die verschiedensten Altersstufen und verschiedene Berufe vertreten, so dass die Angabe von Brigidi und Marcacci, dass die Affection in der mittleren Lebensperiode auftritt, nicht zutrifft. Dagegen lässt sich auf Grund der Frequenz der Krankheit in beiden Geschlechtern ein Einfluss nach dieser Richtung als wahrscheinlich annehmen. Von 16 Fällen (die solitären von Förster, Sokolow, Axel-Key und Santesson ausgeschlossen) entfallen 11 auf das weibliche — 5 auf das männliche Geschlecht. Beachtenswerth ist, dass die Mehrzahl der Kranken mit schweren Krankheiten allgemeiner Natur behaftet, oder perennirenden Reizen ausgesetzt war. Die von Besnier beobachtete Kranke war eine Wäscherin, mit Rheumatismus behaftet, und später mit Neoplasmen verschiedenen Charakters (Carcinom der Mamma, Fibromyom des Uterus); der von Brigidi und Marcacci beobachtete Kranke war in einer Salpeterfabrik beschäftigt und später ein Strassenpflasterer, und im zweiten Falle Jadassohn's war die Neubildung der Knoten, laut Angabe der Kranken, im Anschluss an die Impfung in der Ellbogengegend des rechten Armes, aufgetreten. Ob und welcher Art von Beziehungen zwischen der Allgemeinerkrankung, in unserem Falle der Lues, beziehungsweise der anhaltenden Irritation und der Myombildung obwalten, ist derzeit nicht zu entscheiden.

Die Entwicklung der multiplen Dermatomyome erstreckt sich über eine Zeitdauer, welche fast von keiner anderen Neubildung erreicht wird, und sie sind von einer Langlebigkeit, welche nur von den tolerirten Warzen und Keloiden, die bis an das Lebensende getragen werden, übertroffen wird. Die Knoten nehmen äusserst langsam an Grösse zu und überschreiten nach den bisherigen Beobachtungen nicht die Dimension einer Kirsche. Hierin und in der Schmerzlosigkeit der meisten, manifestirt sich der eminent benigne Charakter dieser Neoplasien.

Auch die von Jadassohn[1]) untersuchten zwei Fälle zeigen bemerkenswerthe Verschiedenheiten. Der erste der von ihm beobachteten bez. untersuchten Fälle lieferte einen mit dem unserigen, die Nerven ausgenommen, fast völlig gleichen histologischen Befund. Auch hier war zwischen den Muskelbündeln fibrilläres Bindegewebe vorhanden, welches nach der Peripherie hin stärker wurde, die spärlichen Gefässe verliefen in diesen bindegewebigen Interstitien, an deren Wand Jadassohn keine Abnormität finden konnte, die Rundzellen in unregelmässigen Haufen von wechselnder Zahl und Grösse, „eingekeilt in die zwischen den Muskelbündeln vorhandenen Lücken" (in denen wir auch Gefässe verlaufen sahen). Die grössten dieser Rundzellenhaufen schlossen sich an die Talg- und Schweissdrüsen an. Die ganze Muskelmasse war durchsetzt und begleitet von einem sehr reichlichen Maschenwerk elastischer Fasern. Nervenstämmchen fanden sich bloss an der Unterseite eines Knotens, nicht in dem Tumor selbst. In zwei kleineren Knötchen fand sich „ein weit maschiges Netzwerk von Muskelbündeln, das sich augenscheinlich sehr viel weiter erstreckte als makroskopisch das Knötchen zu constatiren gewesen war. Bestimmte Beziehungen auch dieser kleinen Tumoren zu irgend einem normalen Bestandtheile der Haut, speciell zu den Haarbälgen bezw. den Arrectores oder zu Arterien liessen sich trotz Durchsicht einer grossen Anzahl von Schnitten — nicht nachweisen."

Im zweiten Falle, in welchem die Anfangsstadien des Processes sehr deutlich ausgesprochen waren, liess sich mit vollster Sicherheit die Bildung der Knötchen im Anschluss an einen Haarfollikel constatiren, indem aus jedem der kleinsten Knötchen ein Stumpf eines Lanugohaares hervorragte. Nervenfasern waren auch hier nicht vorhanden und fehlte auch der Schmerz trotz des seit der Kindheit bestehenden Leidens der 37jährigen Kranken.

In dem bereits erwähnten, von Arnozan und Vaillard beobachteten Falle, in welchem die Schmerzen am Vorderarm am intensivsten sowohl spontan als auf äussere Einwirkung

---

[1]) Zur Kenntniss der multiplen Myome der Haut. Virchow's Arch. 1890. 121. 88.

auftreten, wie Druck, Schlag, Kratzen, thermische Reize (Kälte und Hitze), wurden die schmerzhaften Knoten auf jeden Reiz, welcher den Schmerz auslöste, blass und farblos und bekamen erst allmälig mit dem Beginn des Nachlasses der Schmerzen ihr früheres Colorit. Diese Erscheinung war habituell und konnte nach Belieben hervorgerufen werden. Dabei ergab die mikroskopische Untersuchung spärliche Gefässe im Innern, feine Arterien, die von Bindegewebe umgeben, keine unmittelbare Verbindung mit den glatten Muskelzellen der Neubildung zeigten (entourées d'une atmosphère conjonctive et jamais au contact immédiat des fibres lisses). An den mit Osmiumsäure behandelten Schnitten vermochten auch diese Autoren nur an einzelnen ein bis zwei sehr feine Nervenfäden zu constatiren. Die Haarbälge und die Knaueldrüsen fanden sie unverändert. (l. c. 650.)

V. Brigidi und G. Marcacci,[1] welche die bis zur Zeit der Publication ihres Falles mitgetheilten Fälle von Hautmyom tabellarisch zusammenstellten, erklären bezüglich der Gefässe: „on ne voit pas de vaisseaux dans la masse, mais le tissu conjonctif circonvoisin abonde en artères dont la couche musculaire parait hypertrophiée; l'adventice garnie de petites cellules lymphoïdes et la lumière considerablement rétrécie obstruée en partie par des cellules lymphoïdes."

Sie constatiren den absoluten Mangel an Nerven in der Neubildung, bloss die lateralen Partien waren mit solchen versehen. Wir schliessen hieran den Befund von Hess,[2]) welcher (abweichend von fast allen andern) angibt, dass die kleinen Tumoren, in ihrem Innern von Bindegewebe nicht durchzogen sind und gefässarm oder vollständig gefässlos erscheinen. Peripherisch dagegen ist die Vascularisation reichlicher. „Die Musculatur dieser peripherischen Gefässe ist stark entwickelt, und setzt sich unmittelbar in die Faserzüge der Tumormasse fort." Die Existenz von reichlichem, nahezu parallelfaserigem Bindegewebe ringsum die grösseren Tumoren führt Hess auf Verdrängung

---

[1]) Des myomes cutanés (Imparziale 1881). Ann. de Dermat. et de Syphiligr. 1882. II. p. 119.

[2]) Ein Fall von multiplen Dermatomyomen an der Nase. Virchow's Archiv. 1890. 120, 321.

und Compression von Seiten der (neugebildeten) Musculatur zurück. Die Druckwirkung äussert sich nach ihm besonders deutlich am Papillarkörper, welcher über den grösseren Knoten eine Abplattung zeigt. Ebenso sind die Haarwurzeln und Hautdrüsen in der Nähe zur Seite geschoben. Nach ihm ist die Betheiligung der Arrectores pilorum nirgends nachweisbar.

Hess gibt weiters an, dass bei stärkerer Entwicklung die Muskelfasern diffus in das umgebende Bindegewebe eintreten, und sich in unregelmässiger Weise in demselben ausbreiten, an andern Stellen aber sich schärfer von demselben abtrennen; und dass die letzteren Formen, als das Anfangsstadium der circumscripten Tumoren aufzufassen seien. Lukasiewicz [1]) behauptet, „dass man oft den weitern Verlauf der stärker entwickelten Muskelfasern (sc. der Gefässe) im Neugebilde selbst verfolgen kann"; also einen unmittelbaren Zusammenhang der Muskelzellen der Blutgefässe mit denen der Neubildung. Weiters erklärt er, dass auch die Knäueldrüsen „nicht unbetheiligt an der Neubildung bleiben", indem er sowohl um die einzelnen Knäuel herum, als auch in ihrer Wand stärkere Entwickelung von glatten Muskelfasern und diffuses Eintreten derselben in das umgebende Neugebilde constatiren konnte. Eine „abnorme" Entwicklung von Nervenfasern, aus der sich die Schmerzhaftigkeit der Tumoren erklären liesse, konnte auch er nicht nachweisen.

Angesichts dieser Verschiedenheiten des histologischen Befundes, kann es nicht befremden, dass die Ansichten der Autoren betreffs des Ausgangspunktes der Neubildung auseinander gehen. Allgemein wird angenommen, dass präformirte Muskelzellen der Cutis das Bildungsmaterial, den Ursprungsherd der Neubildung abgeben. Es darf jedoch nicht ausser Acht gelassen werden, dass im Hinblick auf den Vorgang der Neubildung von Muskelfasern aus dem Bindegewebe im schwangern Uterus, und der von J. Arnold nachgewiesenen Neubildung von glatten Muskelzellen im Bindegewebe einer pleuritischen

[1]) Ueber multiple Dermatomyome. Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. 1892. 33.

Schwarte, auch das Bindegewebe der Cutis als Bildungsherd keineswegs absolut ausgeschlossen werden könne. Wenn man jedoch den Standort der Myome berücksichtigt, dass sie nämlich mit Vorliebe an Stellen sich entwickeln, wo in der Haut glatte Muskelzellen in reichlicher Menge sich vorfinden, wie in der Warzengegend der Brustdrüse, dem Scrotum, dem äussern weiblichen Genitale, ferner die Lage der Neubildung in der Cutis selbst, ist nicht zu bezweifeln, dass diese an präformirte Muskelzellen der Haut anknüpft. Aber eben die Frage, welchen Gebilden der Cutis die Muskelelemente angehören, die den Ausgangspunkt der Neubildung abgeben, wird von den Autoren verschieden beantwortet. Auf der einen Seite wird behauptet, dass die Arrectores pilorum den Ursprungsherd bilden, und Babes' Ansicht bezw. Eintheilung gemäss, bilden die multiplen Dermatomyome eine Form von Hyperplasie der Arrectores pilorum. Es unterliegt keinem Zweifel, dass, wenn auch diese Ansicht zu weit geht, wohl in den meisten Fällen diesen angehörige Muskelzellen der Ausgangspunkt der Neubildung sind. Die Tiefe, in welcher die Knoten sitzen, spricht nicht gegen ihren Ursprung von den Arrectoren, indem diese, wie ich constatirte,[1] bei manchen Individuen an gewissen Hautpartien nach aufwärts bis an den Papillarkörper, nach abwärts in mehrfachen Zügen bis an das Fettgewebe der Cutis sich erstrecken. Dass bei den entwickelten Tumoren kein unmittelbarer Zusammenhang mit den Haarfollikeln bez. deren Muskelapparat besteht, kann nicht als absolut giltiger Beweis gegen die Statthaftigkeit des Ausgangspunktes von den Arrectoren betrachtet werden. Es kann nämlich durch die an der Peripherie der Tumoren stattfindende Neubildung von Bindegewebe eine Lösung des ursprünglichen Zusammenhanges herbeigeführt werden. Hiefür besitzen wir sehr viele Analoga. Ferner ist zu beachten, dass bei vielen Dermatonosen, wie beispielsweise bei Lichen ruber, Lichen syphiliticus, Prurigo, demnach bei Affectionen, wo der Haarbalg Reizungen ausgesetzt und verstopft wird, constant Hypertrophie dieser Muskeln vorgefunden wird. Bei Syphilis, Variola und anderen Krankheiten sind die Arrectoren in eminenter Weise betheiligt.

[1]) Sitzungsberichte der Akad. d. Wissensch. Math. Nat. Cl. 1863.

Dass die musculösen Elemente der Blutgefässe den Ausgangspunkt der Neubildung abgeben, ist bisher nur von den Venen, in einem von Aufrecht[1]) an der Vena saphena, und einem zweiten von Böttcher[2]) an der Vena ulnaris beobachteten Falle sichergestellt. Was die Arterien betrifft, haben Brigidi und Marcacci auf Grund des vorhin angeführten histologischen Befundes erklärt, dass die Knoten aus der Muskulatur der Tunica media der nächstgelegenen Gefässe, hauptsächlich der Arterien und der der Gänge der Schweissdrüsen hervorgehen. Dieser Ansicht ist Hess in Bezug auf die Arterien beigetreten, obschon sein Befund ebensowenig wie der der früher genannten Autoren einen unmittelbaren Zusammenhang der Muskelzellen der Knoten mit den Muskelzellen der Gefässhaut, wie der bisher alleinstehende von Lukasiewicz, constatirt. A priori ist diese Provenienz nicht zu negiren und eine Lösung des Zusammenhanges mit der Neubildung durch die Contraction der Arterien unschwer zu erklären. Doch dürften die muskulösen Elemente der Blutgefässe, angesichts der Thatsache, dass an ihnen ausserhalb der nächsten Umgebung der Neubildungen, ja an diesen selbst, keine Anomalie sich vorfand, die Rundzellen an einzelnen Punkten nur eine accidentelle Erscheinung sind, wohl nur selten der Ausgangspunkt der Neubildung sein. Im Falle Brigidi und Marcacci war eine ex- und intensive Gefässerkrankung vorhanden, aber der von ihnen behauptete genetische Zusammenhang derselben mit den Knoten, war durch den histologischen Befund nicht erwiesen. Dass auch andere als die gedachten Muskelelemente der Haut den Bildungsherd der Myome abgeben können, ist nach der herrschenden Auffassung nicht zu negiren.

Was die Vermehrung der Muskelzellen bez. das Wachsthum der Neubildung betrifft, dürfte sie hauptsächlich, vielleicht zur Gänze auf Theilung der vorhandenen Muskelzellen beruhen, wofür die Anwesenheit kleiner dünner Zellen neben solchen von normaler Dimension spricht. Für die Annahme einer theilweisen Bildung aus Plasmazellen liegen positive Anhaltspunkte nicht vor.

[1]) Virchow's Archiv. 1868. 44.

[2]) Ibidem.

Völlig im Dunkeln sind wir in Bezug auf die Aetiologie. Die geringe Anzahl der Fälle bietet keine Aufschlüsse darüber, wodurch die Neubildung der muskulären Elemente angeregt und durch so lange Zeit unterhalten wird. Der Heredität, dem Alter und Beruf lässt sich mit Bestimmtheit ein ätiologischer Einfluss nicht einräumen. Vom 3. Lebensjahre (wo im Fall Hess das Leiden auftrat) bis zum 65. (F. Challand) sind die verschiedensten Altersstufen und verschiedene Berufe vertreten, so dass die Angabe von Brigidi und Marcacci, dass die Affection in der mittleren Lebensperiode auftritt, nicht zutrifft. Dagegen lässt sich auf Grund der Frequenz der Krankheit in beiden Geschlechtern ein Einfluss nach dieser Richtung als wahrscheinlich annehmen. Von 16 Fällen (die solitären von Förster, Sokolow, Axel-Key und Santesson ausgeschlossen) entfallen 11 auf das weibliche — 5 auf das männliche Geschlecht. Beachtenswerth ist, dass die Mehrzahl der Kranken mit schweren Krankheiten allgemeiner Natur behaftet, oder perennirenden Reizen ausgesetzt war. Die von Besnier beobachtete Kranke war eine Wäscherin, mit Rheumatismus behaftet, und später mit Neoplasmen verschiedenen Charakters (Carcinom der Mamma, Fibromyom des Uterus); der von Brigidi und Marcacci beobachtete Kranke war in einer Salpeterfabrik beschäftigt und später ein Strassenpflasterer, und im zweiten Falle Jadassohn's war die Neubildung der Knoten, laut Angabe der Kranken, im Anschluss an die Impfung in der Ellbogengegend des rechten Armes, aufgetreten. Ob und welcher Art von Beziehungen zwischen der Allgemeinerkrankung, in unserem Falle der Lues, beziehungsweise der anhaltenden Irritation und der Myombildung obwalten, ist derzeit nicht zu entscheiden.

Die Entwicklung der multiplen Dermatomyome erstreckt sich über eine Zeitdauer, welche fast von keiner anderen Neubildung erreicht wird, und sie sind von einer Langlebigkeit, welche nur von den tolerirten Warzen und Keloiden, die bis an das Lebensende getragen werden, übertroffen wird. Die Knoten nehmen äusserst langsam an Grösse zu und überschreiten nach den bisherigen Beobachtungen nicht die Dimension einer Kirsche. Hierin und in der Schmerzlosigkeit der meisten, manifestirt sich der eminent benigne Charakter dieser Neoplasien.

Die Vermehrung der Knoten erfolgt schubweise in der Umgebung bestehender, oder auch entfernt in einem anderen Hautbezirke, aber doch immer an einem beschränkten Rayon. Die Intervalle sind verschieden lang, ein völliger Stillstand ist in dem, soviel ich weiss einzigen usque ad vitae finem beobachteten Fall von Besnier nicht eingetreten. Doch können, wie bereits Jadassohn's Beobachtung lehrt, die Knoten spontan eine Involution eingehen, wahrscheinlich durch Fettmetamorphose in Folge unzulänglicher Ernährung. Kalkablagerung haben Brigidi u. Marcacci gefunden. Die im Falle Besnier post mortem vorgenommene Untersuchung der Knoten ergab keine merklichen histologischen Veränderungen gegenüber den ersten mikroskopischen Befunden.

Die klinisch wichtigste Erscheinung bilden die Schmerzen. Sie treten, wie bereits erwähnt wurde, in den vollständig entwickelten Knoten ein, spontan, auf mechanische, oder thermische Reize in Anfällen von verschiedener Intensität und Dauer, welch letztere bisweilen über 6 Stunden und darüber sich erstreckt. Manche Kranke sind auch in dem Intervall zwischen den Anfällen nicht völlig schmerzfrei. Wodurch es bedingt ist, dass nur die entwickelten Knoten schmerzhaft werden, dass sie in manchen Fällen nur auf äussere stärkere, in manchen auf äusserst leichte Reize mit Schmerz reagiren, dass letzterer so lange anhält, und wodurch die spontanen Anfälle ausgelöst werden, ist bisher keineswegs genügend klargestellt. Diese Erscheinungen waren nicht in allen Fällen mit dem jeweiligen Befunde in Uebereinstimmung. Die Frage, warum bloss die vollständig entwickelten Knoten schmerzhaft werden, könnte dahin beantwortet werden, dass sie, wie Unna[1]) behauptet, „in ähnlicher Weise wie bei Tubercula dolorosa nur von der abnormen Spannung einiger Nervenäste, durch die sich vergrössernde Geschwulst abhängig sind". Dies dürfte für manche Fälle zutreffend sein. Dagegen ist jedoch zu bemerken, dass Knoten ganz gleicher Dimension nicht schmerzhaft sind, der durch abnorme Spannung der Nerven erzeugte Schmerz permanent ist, und nur in der Inten-

---

[1]) Orth. Handb. d. spec. pathol. Anatomie. Hautkrankheiten. Ergänzungsbd. II. Th. 365.

sität wechselt; dass endlich viel voluminösere Geschwülste anderer Kategorie an denselben Standorten, wenig oder keinen Schmerz erzeugen. Plausibler insofern als sie zutreffender ist, ist die Annahme, dass erst die vollständig entwickelten bez. grossen Knoten, Nerven durch Einbeziehung der Umgebung, möglicherweise auch durch Neubildung erhalten, die entweder durch spontane oder durch äussere Reize ausgelöste Contraction der Muskelfasern einen Druck oder eine Zerrung erleiden. Hiefür sprechen die bereits hervorgehobenen Erscheinungen an den Knoten während der Schmerzanfälle im Falle Arnozan und Vaillard, gleichwie die oft die äusserlich wahrnehmbaren Grenzen bedeutend überschreitende Ausbreitung der Neubildung der Fläche nach. Die Intermittenz und die lange Dauer der Contraction der glatten Muskelfasern erklären in ungezwungener Weise das anfallweise Auftreten und die lange Dauer der Schmerzanfälle. Dass die glatten Muskelzellen in den Myomen sich contrahiren, ist durch die Beobachtung erwiesen. Bei Mangel von Nervenfasern in und um die Knoten fehlt selbstverständlich auch der Schmerz.

In diagnostischer Beziehung bieten die multiplen Dermatomyome nicht mehr die gleichen Schwierigkeiten dar wie Besnier, der dieselben in beredter Weise schildert. Weder seine heimischen Genossen, noch die gründliche Kenntniss auswärtiger Dermatologen, unter welchen einige der hervorragendsten sich befanden (le savoir profond de quelques dermatologistes étrangers, dont quelques — uns des plus éminents), vermochten eine sichere Diagnose zu stellen. Nach langem Rathen und Umfragen blieb diesem Autor zur Sicherstellung der Diagnose bekanntlich nur der eine Weg offen, der auch heute zu diesem Behufe eingeschlagen wird, die Biopsie, d. i. Excision eines Tumor zur mikroskopischen Untersuchung bez. Eruirung des Charakters der Neubildung. Eine Reihe von Hautaffectionen, welche Besnier diagnostisch noch in Betracht zog, wie die papulösen Hautausschläge, die subcutanen falschen und wahren Tubercula dolorosa können derzeit im Vorhinein, im Hinblick auf äussere Erscheinung, Localisation insbesondere Entwicklung und Dauer, ausgeschlossen werden. Die letztere auch mit Rücksicht auf die Differenzen im Schmerz. Mit Keloid

haben die Knoten des multiplen Dermatomyom bis in eine gewisse Phase Aehnlichkeit in Form, scharfer Begrenzung, Consistenz, Localisation und auch Schmerzhaftigkeit. Doch zeigen Entstehung und namentlich Entwicklung einen so bedeutenden Unterschied, dass bei einer genauen Untersuchung eine Verwechslung vermieden werden kann.

Die Prognose ist quoad valetudinem nicht — wohl aber quoad sanationem ungünstig. In Anbetracht jedoch, dass bisher nur der eine Fall von Besnier usque ad finem beobachtet wurde, konnten über wichtige Momente des ganzen Krankheitsprocesses keine Aufschlüsse gewonnen werden. Hiezu ist die Beobachtung einer grossen Anzahl von Fällen über einen, wie die bisherigen Erfahrungen zeigen, die Lebensdauer umfassenden Zeitraum erforderlich. Vielleicht bietet uns die Beobachtung des vorliegenden Falles die Gelegenheit zur Klärung mancher der noch dunkeln Erscheinungen.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. I—IV.

Taf. I. Abbildung des Falles.

Taf. II. Partie des Oberarmes von demselben Falle.

Taf. III. Durchschnitt durch ein Knötchen. Färbung mit Pikrokarmin.

Zeiss Objectiv *A*; Ocular 2. Vergrösserung 50.

a Längsschnitte. *b* Querschnitte von Zügen glatter Muskulatur. *c* Talgdrüse. *d* Haarfollikel. *e* Gefässquerschnitte. *f* Gefässlängsschnitte.

Taf. IV. Zeiss Objectiv *E*; Ocular 2; Vergr. 390 zeigt eine Talgdrüse *a* mit verdickter Wandung *b* und daran inserirendem Arrector pili, welcher ohne scharfe Begrenzung in das Myom übergeht. *c* Querschnitte, *d* Längsschnitte von Zügen glatter Muskulatur, *e* Bindegewebs-Septa.

Ueber die sogenannte diphtheroïde Form des venerischen Geschwürs auf dem Cervix uteri.

Von

Dr. **C. Rasch,**

erstem Assistenten an der Klinik für Hautkrankheiten der Universität Kopenhagen.

Das venerische Geschwür (der weiche Schanker) auf dem Halse der Gebärmutter gehört zu den ziemlich selten vorkommenden Affectionen. Da dasselbe auch morphologische Eigenthümlichkeiten darbietet, welche von den gewöhnlichen Typen dieses Schankers stark abweichen, und welche Veranlassung zu diagnostischen Irrthümern geben können, habe ich es der Mühe werth erachtet, folgende drei Fälle, welche ich in der letzten Zeit wahrzunehmen Gelegenheit gehabt habe, mitzutheilen.

1. Fall. 36jährige Frau, welche am 22. Februar 1896 in die dermatologische Klinik des Communehospitals gebracht wurde, deren Chef, Prof. Haslund ich für die Erlaubniss, das Journal benutzen zu dürfen, hiermit danke. Der Mann der Patientin wurde drei Wochen vorher im Hospital an einem venerischen Geschwür auf dem Frenulum, dem ein beiderseitiger Bubo folgte, behandelt. Die Pat. hatte vor 2 Monaten zum vierten Mal geboren. Das Kind, dem nichts fehlte, wurde gleichzeitig des Stillens wegen aufgenommen. Pat. theilte mit, dass sie ungefähr seit einem Monat einen eiterigen Ausfluss aus der Scheide gehabt habe. Irgend ein Geschwür an den äusseren Geschlechtstheilen habe sie indessen nicht wahrgenommen. Ein solches war jedoch wahrscheinlich vorhanden gewesen, da sie 3 Wochen lang eine schmerzhafte Drüsengeschwulst in der linken Leistenbeuge gehabt hatte. Bei der Untersuchung fand sich unbedeutender Ausfluss aus der Harnröhre und reichlicher eiteriger Ausfluss aus der Scheide. Auf dem Halse der Gebärmutter um das Orificium,

welches an den Seiten eingerissen war, fand sich auf der etwas evertirten Schleimhaut eine Affection, welche sich als gruppenweise auftretende, confluirende, papulöse Hervorragungen mit fein granulöser Oberfläche von gelber Farbe darstellte. Jede einzelne Hervorragung war von einer Grösse, welche zwischen Erbse und Bohne varirte. Bei der geringsten Beruhrung zeigte sich starke Blutung. Der Rand war gebuchtet, polycyklisch. Die Affection war nach aussen von der blassrothen Schleimhaut auf dem Cervix scharf begrenzt, schien sich aber nach innen bis in den Cervicalcanal zu erstrecken. Keine Ulcerationsprocesse an den äusseren Geschlechtstheilen. Während der Behandlung mit Alaundouche, Tannin-Glycerin-Tampon in der Scheide und spaterer Wasserdouche wuchs die geschwulstartige Masse auf dem Collum gleichmassig und beständig im Laufe der folgenden 16 Tage. Da man wegen des geschwulstartigen Charakters der Affection nicht an die Möglichkeit eines venerischen Geschwürs glaubte und sehr geneigt war, ein beginnendes Epitheliom anzunehmen, wurde ein Keil zu mikroskopischer Untersuchung ausgeschnitten. Diese Untersuchung zeigte indessen, dass nur eine diffuse und bedeutende Rundzelleninfiltration ohne Spur von epithelialer Neubildung [1]) vorhanden war. Am 17. Marz wurde die Behandlung geändert, indem man mit täglichem Einpudern mit Jodoform und trocknem Wattetampom in die Scheide begann. Am 21. Marz konnte man notiren: Nach 3tägiger Behandlung mit Jodoform ist die Affection auf dem Cervix flacher und hat an Grösse bedeutend abgenommen. Der gelbe pseudomembranose Belag ist verschwunden, und die Farbe ist roth geworden. Da der weiche Schanker die einzige Erkrankung ist, bei welcher Jodoform eine so hervorragende, fast specifische Wirkung hat, so war so gut wie bewiesen, dass die Affection auf dem Collum ein Schanker sein musste. Um zu noch grösserer Gewissheit zu kommen, wurde eine Inoculation auf dem Unterleib gemacht, welche jedoch erfolglos war, vielleicht weil das Gift durch die angewandte Jodoformbehandlung schon geschwacht worden war, oder weil man vielleicht statt des von dem Schanker abgesonderten Eiters etwas von dem reichlichen Secret aus dem Cervicalcanal, welches das Collum überschwemmte, genommen hatte. Indessen war uns der Zufall günstig, da ein am 24. Marz durch Autoinoculation entstandenes typisches venerisches Geschwür auf der Uretralpapille von länglichrunder Form, 1 Cm. lang und 3—4 Mm. breit mit scharfen Rändern und graugelbem, anhaftendem Belag gefunden wurde.

Am 1. April war die beschriebene Affection auf der Gebärmutter vollständig verschwunden, dagegen blieb bis zum Tage der Entlassung eine rothe, leicht granulose kreisförmige Erosion um das Orificium, aus welcher eine reichliche Absonderung eiterigen Schleims (eine einmalige

[1]) Die Untersuchung auf dem Ducrey'schen Bacillus ergab ein negatives Resultat. Das Präparat war aber 8 Tage in Alkohol aufbewahrt gewesen und unter diesen Umständen gelingt es nie, diese Mikroben zu färben. (Mündliche Mittheilung von Dr. Krefting in Christiania.)

Untersuchung zeigte keine Gonococcen) stattfand. Am 23. April war das Geschwür in der Harnröhre geheilt. Während des ganzen Aufenthaltes im Hospital hatte man dann und wann einen eiterigen Ausfluss aus der Harnröhre, welcher bei der wiederholten Untersuchung keine Gonococcen zeigte, beobachtet. Die Drüsenentzündung in der Regio inguinalis wurde unter der Behandlung mit Eis und Bleiplatte im Laufe von 3 Wochen resorbirt. Am 30. April konnte Pat. entlassen werden, ohne dass sich bei ihr oder bei dem Kinde, welches jetzt über 4 Monate alt war, Symptome von Syphilis gezeigt hätten.

Dass die beschriebene Affection auf dem Collum ein venerisches Geschwür gewesen ist, dafür sprechen also folgende Umstände: 1. Venerisches Geschwür bei der inficirenden Person, 2. Autoinoculation eines venerischen Geschwürs bei der Patientin selbst, 3. Heilung durch Jodoform.

2. Fall. Pat., eine 30jährige unverheiratete Arbeiterin, welche vor 3½ Jahren geboren hatte, und welche früher nicht venerisch inficirt gewesen war, gab an, 2¼ Monate vor der Aufnahme (am 16. Juni) angesteckt worden zu sein. Hier wurden eine grosse Menge genitaler und perigenitaler, folliculärer Schanker und auf dem Halse der Gebärmutter mit dem Orificium als Centrum eine 2 Mark grosse, über die übrige Schleimhaut etwas hervorspringende, leicht blutende Geschwürfläche, mit graugelbem, anhaftendem Belag gefunden. Die Inoculation von dieser Fläche auf dem Unterleib ergab einen typischen weichen Schanker. Nach 3tägiger Jodoformbehandlung wurde der graugelbe Belag abgestossen, und die Oberfläche wurde hellroth und granulös. Der Ausfluss aus dem Collum war unbedeutend, aber mit Eiter vermischt, und Pat. hatte Ausfluss aus einer paraurethralen Krypte zugleich mit jener diffusen, zähen, periurethralen Geschwulst, welche man gewöhnlich bei Frauen findet, welche einen chronischen Harnröhrentripper haben oder gehabt haben. Es zeigten sich keine Symptome von Syphilis, nur eine recht bedeutende Infiltration in einigen der geheilten Folliculitiden.

3. Fall. 43jährige Frau, aufgenommen am 23. Juli, am 21. Aug. entlassen. Vor 7 Jahren ist sie vom Manne mit Syphilis inficirt worden. Keine Recidive in den letzten drei Jahren. Ihr jetziges Leiden besteht seit 14 Tagen. (Ansteckung vor 3 Wochen). Auf den äusseren Geschlechtstheilen und auf den perigenitalen Hautpartien finden sich 13 venerische Geschwüre typischer Art und von verschiedener Grösse. (Inoculation +.) Auf der centralen Partie des Collum Uteri drei hervorragende, leicht blutende Plaques von grauröthlicher-graugelblicher Farbe und ein flaches erbsengrosses Geschwür. Reichlicher eitriger Ausfluss aus dem Cervicalcanale. Inoculation auf dem Unterleibe von den hypertrophischen Plaques gibt ein negatives Resultat, während eine von dem flachen Geschwür gemachte Inoculation positives Resultat gibt. 29. Juli 2 neue Geschwüre auf dem linken Schenkel (Autoinoculation). 21. Aug: Unter Behandlung mit warmen Bädern, Scheidenausspülungen, Aetzungen mit Carbolsäure und Jodoformverband sind jetzt alle neunzehn Geschwüre vernarbt und die Patientin wird als

geheilt entlassen. Doch besteht natürlich noch die chronische Endometritis Während des Hospitalsaufenthaltes ist kein Zeichen von Syphilis wahrgenommen worden.

Wenn schon die venerischen Geschwüre auf dem Cervix überhaupt sehr selten sind, so scheint die beschriebene diphtheroide Form den meisten, selbst den Syphilidologen vom Fach unbekannt zu sein, obgleich dieselbe, wie wir später sehen werden, wahrscheinlich die häufigste ist. In den allermeisten Hand- und Lehrbüchern findet man nichts darüber, ja selbst in Lang's Specialarbeit (Das venerische Geschwür, Wiesbaden 1887) findet man mit keinem Worte erwähnt, dass das venerische Geschwür auf dem Collum zuweilen Eigenthümlichkeiten, wie in den oben beschriebenen Fällen.[1]) darbietet. Trotzdem ist diese klinische Form schon von dem berühmten Gynäkologen Bernutz in einer Mittheilung an die Soc. méd. des hôp. in Paris 1853 unter dem Namen „Chancre diphthéritique“ beschrieben (cf. die unten citirte Abhandlung von Schwartz). B. unterschied dieselbe indessen nicht ätiologisch von dem syphilitischen Schanker. Der erste, welcher dies that, war A. Guérin (1864) in seinen „Maladies des organes génitaux externes de la femme“. Desprès (1870) warf die verschiedenen Formen wieder zusammen. 1872 erwähnt Fournier mit A. Guérin als Gewährsmann (in dem Artikel Chancre in Jaccoud's Dictionnaire), dass ausser den gewöhnlichen multiplen, tiefen, scharfgeränderten Geschwüren auf dem Halse der Gebärmutter eine Form vorkommen könne, welche als „une sorte de plaque jaunâtre ou d'un blanc grisâtre, assez analogue à une fausse membrane diphthéritique, et faisant un relief plus ou moins considérable au dessus de la muqueuse“ beschrieben wird. Ein Jahr nachher 1873 machte Ch. Schwartz das venerische Geschwür und den syphilitischen Schanker auf dem Collum uteri zum Gegenstand einer Dissertation (Étude sur les chancres du col utérin. Paris 1873, Delahaye). Seine Arbeit ist ein Ausdruck für Fournier's Anschauungen und Lehren. F's. klinische Vor-

---

[1]) Dasselbe gilt von den gynäcologischen Handbüchern. Selbst in einer so neuen Arbeit wie Winter's Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik. Leipzig 1896, ist diese Form nicht erwähnt. Die Beschreibung des venerischen Geschwürs auf dem Cervix ist auf die übliche Beschreibung dieser Schanker, wie sie auf der Haut vorkommen, beschränkt.

lesungen im Anfang der 70ger Jahre machte der Verwirrung und der Verwechslung der verschiedenen Krankheiten, welche früher so allgemein gewesen war, ein Ende. F. hat später selbst (Leçons sur la syphilis chez la femme, 2 édit. 1881) bei Besprechung der Differentialdiagnose zwischen dem syphilitischen Schanker und dem venerischen Geschwür auf dem Collum eine kurz gefasste Darstellung der verschiedenen Formen, unter denen das venerische Geschwür sich auf dem Collum zeigen kann, gegeben. Im selben Jahre (1881) hat Molènes in den „Annales du dermatologie" unter dem Titel: „Contribution à l'étude de chancre non infectant du col de l'utérus (variété diphthéroide) folgende 2 Fälle von ganz derselben Art wie unser erster Fall beschrieben.

1. 21jähriges Mädchen; 2 Geburten, wonach Leukorrhoe. Bei der Untersuchung fanden sich 2 Geschwüre auf den grossen Lippen, ein Geschwür in der linken Genitocruralfalte, eine Menge Geschwüre im Introitus und um die Uretralpapille. Auf dem Collum uteri sah man eine hervorspringende Plaque mit rothem Rande und weissgelbem Belag sowie zahlreiche gefurchte Depressionen („gleichwie die Oberfläche des Gehirns mit seinen Gyri und Sulci"). Ausserdem 2 Geschwüre in dem obersten Theil der Scheide. Positive Inoculation. Dauer: 3 Wochen.

2. 26jähriges Mädchen; 2 Geburten. Chronische Endometritis. Auf der grossen Lippe eine Menge folliculärer Geschwüre; auf dem Collum uteri 2 mamelonnirte, hervorspringende Plaques mit weissgrauem diphtheroidem Belag, bestehend aus mehreren durch Furchen getrennte Protuberanzen. Mehrere Geschwüre in der Scheide. Das Geschwür auf dem Collum heilte erst im Verlauf von 6 Wochen. Pat. hatte zugleich chronische Metritis und Endometritis und bei der Entlassung blieb eine Erosion auf dem Collum. Während 3 monatlicher Beobachtung kein Symptom von Syphilis.

Seit Molènes Mittheilung im Jahre 1881 scheint der diphtheroide Schanker auf dem Cervix (wie überhaupt das venerische Gebärmuttergeschwür) nur einmal in der Literatur erwähnt worden zu sein, und zwar von Di Bella & Ingria (Sulla ulcera non infettante muliebre, La Sicilia medica. Tome I, ref. in diesem Archiv 1890), welche mittheilen, dass sie auf dem Collum venerische Geschwüre beobachtet haben, welchen in der Regel der scharfe Rand und der vertiefte Grund fehlte, während sie sich dagegen als eine graue, etwas über das Niveau der Schleimhaut hervorspringende, mit einer diphtheroïden Pseudomembran bedeckten Plaque zeigen.

Wenn man auf Grund unserer und der in der Literatur berichteten Fälle eine Beschreibung des diphteroïden Schankers auf dem Collum geben soll, so lässt es sich in aller Kürze mit folgenden Worten thun. Das venerische Geschwür auf dem Collum uteri kann, anstatt sich als ein tiefes, scharfgerändertes Geschwür zu zeigen, als eine papulös hervorspringende, mit einer anhaftenden Pseudomembran bedeckte, zuweilen ganz geschwulstartige Masse mit unebener, gefurchter und knolliger Oberfläche, von gelber Farbe und mit polycyklischer oder runder Contour, welche von den Umgebungen scharf abgegrenzt ist, auftreten. Der erste und dritte von unsern 3 Fällen ist ein Typus für diese Form. Zu anderen Zeiten bildet dieses Geschwür, wie in unserem zweiten Falle, eine einzelne, nur schwach hervorspringende Plaque von der Grösse eines Markstücks, welche sonst dieselben Eigenthümlichkeiten wie im erstgenannten Falle darbietet. Beide Formen zeigen grosse Neigung selbst bei leichter Berührung, z. B. mit einem Wattetampon, zu kleinen Hämorrhagien, eine Eigenthümlichkeit, welche in unsern Fällen sehr hervortretend war, und welche auch von früheren Beobachtern des weichen Schankers auf dem Collum im Allgemeinen erwähnt wird (Suchaneck, Scanzoni und Dawosky, cit. bei Schwartz). Die Frage, warum der Schanker in gewissen Fällen das beschriebene Aussehen annimmt, ist von den Verfassern, welche früher dahin gehörige Fälle veröffentlicht haben, nicht discutirt worden. Unsere drei Patienten hatten indessen alle eine vorherbestehende Gebärmutteraffection, welche uns wohl zu der Annahme berechtigt, dass sie den Boden auf dem Cervix so vorbereitet habe, dass der Schanker sich auf so ungewöhnliche Weise hat entwickeln können. Alle Patienten hatten nämlich eine chronische Endometritis mit den gewöhnlichen „Erosionen“ auf dem Collum, und in beiden Fällen entsprach die Ausbreitung des Schankers ungefähr der Grösse dieser Affection. Auch in den verschiedenen in der Literatur mitgetheilten Fällen (wie in Molènes' beiden Fällen) findet man erwähnt, dass die Patienten, welche fast alle geboren hatten, an Leukorrhöe oder chronischer Endometritis litten oder gelitten hatten, ohne dass man jedoch besonderes Gewicht auf diese Erscheinung legte. Es ist ein-

leuchtend, dass die von dem endometritischen Folgeleiden angegriffene Schleimhaut mit ihrem kranken und dünnen, an einzelnen Stellen fehlenden Epithelium die Entwicklung des Schankers ganz anders begünstigen kann als ein gesundes Epithel. Von der Häufigkeit der hier beschriebenen Schankerform weiss man nicht viel, wahrscheinlich wird sie noch jetzt wie früher recht allgemein verkannt. Ausser Molènes' 2 Fällen und Bernutz's 7 Fällen findet man in Schwartz' Thèse einzelne hierher gehörige Fälle. Fournier, welcher in den 6 Jahren, in denen er Oberarzt im Lourcine war, 25 Mal das venerische Geschwür auf dem Cervix beobachtet hat, gibt nicht an, wie oft dasselbe das papulöse, hypertrophische Aussehen gehabt habe, aber sagt in seinen Vorlesungen über Syphilis bei der Frau, dass es „häufig“ diese Form annehme. Wenn man nach dem Studium aller Krankenberichte, welche überhaupt über Schanker auf dem Cervix vorliegen, und in denen die Symptome und der Verlauf einigermassen sorgfältig beschrieben sind, urtheilt, so bekommt man den Eindruck, dass das venerische Geschwür auf dem Cervix sich überhaupt weit häufiger in der hier beschriebenen Form als wie das gewöhnliche scharfgeränderte tiefe Geschwür zeigt. Diese Auffassung nähert sich auch der von Schwartz gegebenen Darstellung. Dieser Verfasser behauptet nämlich, dass Bernutz' diphtheroider Schanker keine Form sei, welche von den gewöhnlichen Formen scharf abgegrenzt sei, sondern dass sich alle möglichen Uebergänge zwischen den hypertrophischen diphtheroiden Schankern und den gewöhnlich beschriebenen Formen finden. Unser 3. Fall stützt diese Auffassung. Was die Dauer betrifft, so ist dieselbe weit grösser bei der diphtheroiden Form als bei einem Geschwür von der gewöhnlichen Form. Während dieses oft im Verlauf von einigen Tagen, selbst ohne irgend eine andere Behandlung als einfache Reinlichkeit, heilt, dauert die hier erwähnte Form viele Wochen, wenn keine Aetzung vorgenommen wird oder wenn nicht die Jodoformbehandlung eintritt.[1])

---

[1]) Die grosse Schnelligkeit (5—6 Tage), mit welcher das venerische Geschwür auf dem Uterus in der Regel heilt, wie die Thatsache, dass es nie von eiternden Bubonen in der Fossa iliaca begleitet ist, sowie endlich seine grosse Seltenheit, wird leicht durch das von Aubert be-

Die Diagnose wird dem wahrscheinlich leicht sein, welcher diese Affection einmal gesehen oder nur von ihr gehört hat, da es keine andere Läsion gibt, welche dieser genau gleicht. Glaubt man die Diagnose nach dem Aussehen allein nicht stellen zu können, so werden fast immer an oder um die äusseren Geschlechtstheile ein oder mehrere venerische Geschwüre von dem gewöhnlichen Aussehen sein, so dass man durch sie leicht auf den rechten Weg geleitet wird. In den von Schwartz gesammelten 25 Fällen von Gebärmutterschankern waren 23 Mal Schanker in der Vulva. Sollte man hier keine Schanker finden, muss man seine Zuflucht zu der Inoculation nehmen, welche beim positiven Resultat Sicherheit für die Diagnose gibt. Man muss hier darauf achten, dass man wirklich das Sekret von der Oberfläche des Schankers erhält, und man nicht von dem aus der Gebärmutterhöhle abgesonderten Eiter einimpft, welcher natürlich nur Inoculationsschanker geben wird, wenn das Geschwür sich bis in den Cervicalcanal erstrecken möchte. Ebenfalls muss man sich natürlich hüten, die Inoculation zu einem Zeitpunkt vorzunehmen, wo kurz vorher mikrobicide Agentia mit der Oberfläche des Schankers in Berührung gewesen sind. Die Differentialdiagnose von dem syphilitischen Schanker wird zuweilen schwierig sein können; dieser hat aber, wie die selten vorkommenden Papeln auf dem Collum, eine mehr graue Farbe, welche recht verschieden von der hellgelben des weichen Schankers ist, und die Inoculation gibt natürlich ein negatives Resultat. Die Verhärtung, welche sonst, wenn es die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheiten gilt, von so grosser Bedeutung ist, wird in der Regel schwierig, selbst bei typisch syphilitischen Schankern, wegen der Localität nachgewiesen werden können. Da die venerischen Geschwüre ausserdem oft von einer gewissen Entzündungsgeschwulst begleitet sein können, hat man bei den Schankern auf dem Collum wenig Vortheil von diesem Symptom. Zuweilen wird man genöthigt sein müssen, die Diagnose in suspenso zu lassen, bis sich vielleicht andere

---

wiesene Factum, dass das Agens des venerischen Geschwürs, wenn es 16—18 Stunden einer Temperatur von 37—38° ausgesetzt ist, seine Virulens verliert.

Symptome von Syphilis zeigen. Wenn das venerische Geschwür nur schwach erhaben, wie in unserm zweiten Fall, ist, wird die Diagnose besonders schwierig sein gegenüber den gewöhnlichen Erosionen, wie man sie bei Endometritis von gonorrhoischer oder anderer Natur findet, besonders wenn der Schanker zuweilen, wie in unserem Falle, mit einer solchen Affection zugleich auftritt. Hier spielt wieder die Farbe der Läsion eine Rolle. Die Erosionen haben in der Regel eine rothe Farbe, wogegen die Farbe des Schankers gelbroth, grauroth oder gelblich ist. Diese Farbe rührt von der anhaftenden diphtheroïden Pseudomembran, welche man nicht bei der Erosion findet, her. Man muss jedes Mal, wenn man auf einer Erosion auf dem Collum die beschriebene Pseudomembran findet, an die Möglichkeit eines weichen Schankers denken. Geben die äusseren Schanker keine Sicherheit für die Diagnose, so muss man sich diese durch Inoculation verschaffen. Endlich könnte man sich denken, dass der diphtheroide Schanker in seiner hyperplastischen Form, wie in unserem ersten Fall, einem Beobachter, welcher denselben zum ersten Mal sieht, Veranlassung zur Verwechselung mit einem Epitheliom geben könnte. Eine Excision mit folgender mikroskopischer Untersuchung wird diese Diagnose bald ausschliessen.

Die Behandlung muss dieselbe sein wie bei dem venerischen Geschwür im allgemeinen. Das von Ernest Besnier im Jahre 1867 in die Therapie dieser Krankheit eingeführte Jodoform feiert hier grosse Triumphe. In unserem ersten Falle war es überraschend zu sehen, welche Veränderung mit der Affection bei einer nur 3—4tägigen Jodoformbehandlung vor sich ging. Ausserdem muss man natürlich durch häufige Scheidendouchen für eine peinliche Reinlichkeit sorgen, um den Pat., soweit wie möglich, vor Antoinoculationen zu bewahren.



Aus dem Privatlaboratorium des Herrn Docenten Dr. Ehrmann in Wien.

Die Genese der paraurethralen Gänge, mit besonderer Rücksicht auf die gonorrhoische Erkrankung derselben.

Von

Dr. **Peter Róna**, Wien.

(Hierzu Taf. V u VI.)

Touton's Arbeit über „Folliculitis praeputialis et paraurethralis gonorrhoica"[1]) (1889) hat in Deutschland die Aufmerksamkeit auf dieses früher wenig beachtete Capitel gelenkt. Bei dem nicht geringen theoretischen und praktischen Interesse, das die Sache bietet, glaube ich durch neue Beiträge keine unnütze Arbeit gethan zu haben. Neben dem Versuch einer Erklärung für die Entstehung der paraurethralen Gänge, habe ich auch auf die histologische Untersuchung des gonorrhoisch erkrankten Gewebes besonderes Gewicht gelegt, und zu den, bis jetzt in der Literatur vorhandenen, mikroskopisch genauer untersuchten Fällen (Touton, Pick, Jadassohn, Fabry) noch vier eigene Untersuchungen hinzugefügt, die dem angesammelten Material des Ambulatoriums des Herrn Doc. Dr. Ehrmann entstammen.

In der französischen Literatur findet man schon früher Angaben über abnorme Gänge und Oeffnungen an der Glans penis. Sie haben vielfach die unklare Vorstellung einer doppel-

[1]) Archiv f. Dermat. u. Syph. 1889. I.

ten Urethra erweckt. Jarjavay[1]) sagt aber schon: „Cette duplicité de l'urèthre n'est qu'une apparance. Le prétendu méat qui est le plus elevé, et quel'on pourrait prendre pour l'orifice d'un canal, n'est autre chose qu'une grande lacune, la lacune la plus antérieure de celles qu'on trouve sur la paroi supérieure de l'urèthre." Ebenso äussert sich Guyon:[2]) „La duplicité de l'urèthre u'existe pas, sauf les cas de verge double; il s'agit ordinairement des canaux accessoirds;" über deren Natur er aber nichts aussagt. Diese Art von Gängen habe ich nicht in den Kreis meiner Untersuchung gezogen, da sie sich schon genetisch von den hier behandelten unterscheiden. Während letztere entwicklungsgeschichtlich mit der Bildung der Urethra zusammenhängen, beruhen die ersteren auf Anomalien in der Bildung der Corpora cavernosa. Die ersteren sind mit der Epispadie, die letzteren mit der Hypospadie verwandt.

Auf die paraurethrale Blenorrhoe hat zuerst Diday[3]) aufmerksam gemacht, indem er erwähnt, dass die Blenorrhoe zuweilen auf die innerhalb Labien des Orificiums gelegenen „Schleimdrüsen" oder blinde Einstülpungen der Harnröhre sich fortsetzt, und hebt gleichzeitig die zwei praktisch wichtigen Folgen dieser Erkrankung hervor. Erstens, dass sie die Dauer der gonorrhoischen Erkrankung bedeutend verlängern können, und zweitens, dass sie einen Herd für eine neuerliche Ansteckung (Autoreinfectio der neueren Autoren) abgeben können. Zu gleichem Resultate kommt auch Otis[4]) nach der Analyse drei eigener Beobachtungen. „The foregoing cases taken together appear to me to warrant the inclusion of follicular sinuses among the possible causes of persistant urethral discharge."

Oedmansson[5]) theilte im Jahre 1885 eine grössere Reihe von Untersuchungen über die „Urethritis externa"

---

[1]) Jarjavay. De l'urethre de l'homme. 1856 cit. bei Lejars.

[2]) Guyon. Vice de Conformation de l'urethre. Paris. Delahaye 1863.

[3]) Diday. De la blennorrhagie des follicules muqueux du mé at de l'urethre chez l'homme. Gaz. hebd. de med. et de chir. 1860 p. 275.

[4]) Otis. Stricture of the male urethra; its radical cure. 1880. 2. Aufl. p. 9.

[5]) Oedmansson. Nord. med. Ark. Stockholm. I. 1885. Uebersetzt im Journal de médecine de Paris. 23 août 1885.

(Guérin) mit. Von den accessorischen Gängen beschreibt er erstens solche, die im Orificium Urethrae liegen. „Ils s'ouvrent d'ordinaire au voisinage de la commissure postérieure de l'urèthre au bord même de la lèvre de l'orifice, parfois plus antérieurement ou un peu plus en dehors de ce bord." Ausserdem auch solche zwischen beiden Blättern des Präputiums: „Outre ces conduits il en existe aussi d'autres situés entre les deux couches de prépuce et s'ouvrant près du frein." Er hält die Gänge für abgeschlossene, dilatirte Lymphgefässe; eine Annahme, die durch die späteren Untersuchungen hinfällig geworden ist.

Hamonic[1]) theilt die entzündeten Gänge als „Folliculitiden" nach der verschiedenen Localisation folgendermassen ein.

1. Folliculitis der Corona Glandis. (Balanofolliculite.)

2. Folliculitis der Harnröhre.

3. Folliculitis der Fossa navicularis.

4. Follic. am Penistheil der Urethra (Urethro-Folliculite penienne).

5. Follicul. der Pars membranacea et prostatica (Follic. postérieure).

Jamin[2]) beschreibt drei Fälle paraurethraler Gänge. Die abnormen Oeffnungen lagen da zweimal über der etwas nach unten verlagerten Urethralöffnung; es bestand also in beiden Fällen eine leichte Hypospadie. Im dritten Falle lag sie in der mittleren Partie des linken Labiums 2—3 Mm. vom Rande entfernt. Von grosser Wichtigkeit ist seine Beobachtung, dass in jedem der untersuchten Fälle ein gewisser Grad von Deformität der Harnröhre und des Orificiums der Urethra vorhanden war. „Les malades présentaient tous un vice de conformation congénital et une largeur excessive du méat." Und weiter: „Que conclure de la coexistence de ces petits pertuis, orifices de trajets fistuleux, avec un méat mal formé plus ou moins hypospadique, mais en tous cas trop large? Faut-il y voir un signe de congénitalité de la fistulette, laquelle ne sérait plus alors

[1]) Hamonic. De folliculit. blennorrhagique de l'homme. Ann. méd. chir. franc. et Arang. 1885 cit. bei Touton.

[2]) Jamin. Les fritules juxta-urethrales du méat comme cause de poreistance de la Blennorrhoe. Anal. des mal. des orig. urin. 1886.

qu'un rudiment de l'urèthre accessoire. trace d'un vice de developpement embryonnaire?" Auch Jullien[1]) betont, dass man die Nebenöffnungen besonders in Fällen von Hypospadie oder besondere Weite der Urethra findet.

Lejars[2]) theilt die accessorischen Gänge nach ihrer Entstehungsweise in zwei Gruppen. In die erste gehören solche, die auf Ectopien des Rectums, der Canaliculi ejaculatorii, der prostatischen Gänge zurückzuführen sind; in die zweite, die auf eine besondere Art der Epispadie beruhen. Er stellt sich vor, dass durch eine incomplete Verwachsung der nach oben offenen Spalte der beiden Corpora cavernosa, und zwar nur am oberen und unteren Rande, ein länglicher Canal entsteht, der eben den accessorischen Gang darstellt. „Les bourgeons se sondent au niveau de la peau, il se sondent au niveau du corps caverneux, ils restent séparés entre la peau et le corps caverneux; d'où le canal sous-coutané." Diese Erklärung passt aber nur für die weiten Gänge am Dorsum Penis, die vom Sulcus coronarius bis zur Symphyse reichen, und die ich nicht in den Bereich meiner Untersuchungen einbezogen habe. Lejars gibt auch die Abbildung eines solchen Falles. — In letzter Zeit hat Englisch[3]) eine umfangreiche Untersuchung über ähnliche Fälle veröffentlicht.

Ueber die Gänge im Präputium finden sich Angaben bei v. Dühring.[4]) Entgegen der allgemein angenommenen Anschauung, nach welcher das Präputium sich als eine Hautfalte über die schon vorgebildete Eichel stulpt (Schweigger-Seydel,[4]) behauptet v. Dühring, dass es sich aus einem von Apex glandis glockenartig sich einstülpenden Epithelzapfen herausdifferencirt. Während Schweigger-Seydel und Bókai[5])

[1]) Jullien. Traité pratique des maladies vénériennes. Baillière Paris. 1886. p. 167.

[2]) Lejars. Des canaux accessoires de l'urèthre. Annal. de malad. des orig. urin. 1888.

[3]) Englisch. Ueber doppelte Harnröhre. Centralbl. für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane 1895.

[4]) Schweigger-Seydel. Virchow's Archiv. Bd. 37, p. 219.

[5]) Bókai. Die Krankheiten der Urogenitalorgane des kindlichen Alters. Gerhardt's Handbuch.

eine spontane Lösung[1]) der secundären Verwachsung der Vorhaut mit der Eichel annehmen, leugnet v. Dühring eine solche „epitheliale Verklebung“, und lässt den Präputialsack durch einen centralen Verhornungsprocess des Epithelzapfens entstehen. Dieser Anschauungsweise entsprechend, beschreibt er nun drei Arten epithelialer Einstülpungen.

1. Cysternen des Frenulums und der angrenzenden Partien der Glans.

2. Gruppirte Divertikel, an der Innenfläche des Präputiums, meist in einer mittleren Region des inneren Blattes, in der Nähe der Frenulum-Anheftung.

3. Appendices des Präputialsackes; Nischen, die durch den unregelmässigen Ausfall der Hornschicht in der Epithelleiste entstehen sollen. (Entsprechen den „Glandulis Tysonii“ im Sulcus coronarius.)

v. Dühring zieht die Schleimhautgänge nicht in den Kreis seiner Beobachtung. Auch die Entstehung eines im Limbus ausmündenden, zwischen beiden Präputialblättern gelegenen Ganges findet auf der erwähnten Weise keine Erklärung.

Die erste mikroskopische Untersuchung eines gonorrhoisch erkrankten paraurethralen Ganges verdanken wir Touton (1889). Der „intrafolliculär“ d. h. in einem vorgebildeten Hohlraum gebildete Abscess lag an der Unterfläche des Präputiums, und stellte sich als eine von der Epidermis ausgehende drüsenähnliche Einstülpung, mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet, dar. Touton fasst den Gang als eine abnorm gelagerte sogenannte Tyson's'sche Drüse auf. Bei einer späteren Publication[3]) spricht sich Touton noch bestimmter für die drüsige Natur dieser Gänge aus. In diesem Falle lagen zwei Gänge an der Unterfläche des Penis rechts und links von der Raphe, und stellten ebenfalls schlauchförmige, von geschichtetem Pflasterepithel bekleidete Einsenkungen der Epidermis dar. Touton erklärt dieselben für Talgdrüsen, bei denen in Folge

[1]) Nur selten erfolgt die Lösung durch Eiterung. Mattenheimer. Ueber angeb. Anomalie der Genitalien. Journal f. Kinderheilkunde 1869.

[2]) l. c.

[3]) Touton. Weitere Beiträge zur Lehre von den gonorrhoischen Erkrankungen der Talgdrüsen am Penis. Berl. klin. Wochenschr. 1892.

der gonorrhoischen Erkrankung das secernirende Epithel verloren gegangen und durch geschichtetes Epithel ersetzt ist. — Diese Erklärung reicht aber gewiss nicht für alle an dem betreffenden Orte häufig auffindbaren Gänge aus. Man findet sie bei Leuten, die nie an Gonorrhoe erkrankt waren, angeboren, und wo gar nichts für die drüsige Natur derselben spricht. Die Ansicht Jadassohn's[1] geht auch dahin, dass klinisch kein Anhaltspunkt dafür vorhanden sei, die Talgdrüsennatur der fraglichen Gebilde anzunehmen. Histologisch hat er auch nie irgend etwas gefunden, was die Touton'sche Ansicht bestätigt hätte. — Gleichzeitig weist er darauf hin, dass die Gänge mit entwickelungsgeschichtlichen Anomalien zusammenhängen könnten.

In einer früheren Arbeit[2], theilt Jadassohn nach seinen Beobachtungen die paraurethralen und präputialen Drüsengänge in vier Abtheilungen ein. 1. Solche zwischen den Blättern des Präputiums: drüsengangartige Einsenkungen der Epidermis. 2. Feine Gänge dicht neben dem Orif. urethrae, oder auf der Schleimhautseite der Labien; das ist das häufigste Vorkommniss. Dies sind vorgebildete Gänge, die vielleicht einer abnorm verlagerten Ausmündung der in der Urethra ant. mündenden Littré'schen Drüsen entsprechen. 3. Gänge an der Unterfläche des Penis, neben der Raphe, seitlich und nach hinten vom Frenulum; von unbekannter Herkunft. 4. Weite Gänge am Dorsum Penis vom Sulcus coronarius bis zur Symphyse reichend. Hierher gehört der Fall von Lejars.

Ausserdem wären noch die Publicationen von Pick[3] und Fabry[4] anzuführen. Der letztere spricht sich auch für die Drüsennatur der Gänge aus.

---

[1]) Jadassohn. Zur pathol. Anatomie und allgem. Pathologie des gonorrh. Processes. IV. dermat. Congress 1894.

[2]) Jadassohn. Ueber die Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge. Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 25, 26.

[3]) Pick. Ueber einen Fall von Folliculit. praeput. gonorrhoica. I. dermat. Congress 1889.

[4]) Fabry. Zur Frage der Gonorrhoe des paraurethr. u. präputialen Gänge. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1891.

Zum Schlusse sei noch einer Eintheilung Erwähnung gethan, welche C. Taruffi[1]) gibt. 1. Aberirte Samengänge. 2. Blindsackförmige Gänge. 3. Nebenharnröhren. 4. Abnorme Afterbildung unterhalb der Harnröhre (Anus pénieu).

Nach den im Ehrmann'schen Ambulatorium gemachten Beobachtungen, kommen abgesehen von den als sogenannte doppelte Harnröhren bezeichneten Gängen am Dorsum Penis folgende, für die Blenorrhoe wichtige Gänge vor.

1. Solche, die an den Rändern der Urethra, respective am Orif. Urethrae ausmünden; das sind Hohlgänge mit einer feinen punktförmigen Oeffnung theils in den Urethrallippen, theils an der Frenularcommissur. Diese kommen auch bei normal entwickelter Urethralmündung vor.

2. Gänge bei Hypospadie. Die Hypospadie ist in dieser Reihe von Fällen entweder der Art, dass von der an der Unterfläche des Penis liegenden Mündung der Urethra eine tiefe Furche bis zum Apex glandis zieht, die Furche ist offenbar der nicht geschlossene vordere Theil der Urethralrinne und findet sich an der Stelle des hier fehlenden Frenulums. In zwei dieser Fällen, einer davon ist Taf. V, Fig. 1 abgebildet, sahen wir an beiden Rändern der Rinne und an ihren Seitenflächen eine grössere Anzahl, in dem einen Falle je 3, in dem anderen zusammen 8, parallel zur Urethra verlaufende, nach vorne mündende 2 Mm. bis 1 Cm. lange Gänge, in einem Falle blennorrhöisch erkrankt, im anderen nicht. Ein dritter, ähnlicher Fall, der für die Genese der Gänge sehr lehrreich ist, wird weiter unten genauer beschrieben. In der anderen Reihe von Fällen mündet die Urethra durch eine kleine Oeffnung, vor welcher unter Umständen statt der Rinne eine dünne Membran vorgelagert ist; da befindet sich die Mündung meist noch hinter dem Ende der Corona glandis, also hinter der Stelle, wo sich sonst das Frenulum befindet. In diesen Fällen ist häufig auf dem Apex glandis ein kürzerer oder längerer Blindsack, der offenbar die Anlage der normalen Urethralmündung

[1]) Cesare Taruffi. Sur les cauaux abnormeaux de la Verge. Bull·delle sc. med. die Bologna. Maggio. Ref. im Annal. des malad. des org. urin. 1891, p. 817.

bezeichnet. Da ist die Anlage der Urethralmündung und die Anlage der Urethra nicht zusammengetroffen, wie wenn etwa beim Tunnelbohren die Achsen der Bohrhöhlen einander nicht treffen. Die Entfernung der beiden Mündungen, der wirklichen und der bloss angelegten beträgt meist nicht mehr als einen Centimeter. — Zwischen beiden Gruppen liegen die Fälle, bei welchen die wirkliche und die als Rinne angelegte Harnröhrenmündung nur durch eine dünne Hautfalte von einander getrennt sind, die man nur durchtrennen muss, um beide zu vereinigen. In einem solchen Falle habe ich nach Durchtrennung der Falte, welche zu dem Zwecke vorgenommen wurde, um die zu enge Urethralöffnung zu erweitern, an der oberen Urethralwand, unmittelbar in das hypospadeische Orificium mündend, eine feine Oeffnung gefunden, durch welche mit einer feinen Sonde ein 6 Mm. langer, parallel zur Harnröhre verlaufender Gang sondirt werden konnte.

Bei genauer Untersuchung der Hypospadeischen stellt es sich heraus, dass bei einer grossen Anzahl von ihnen, in dem rinnenförmig offen gebliebenen vorderen Theil der Harnröhre, ein mehr oder minder tiefer oder wenigstens trichterförmig angedeuteter Hohlgang zu finden ist. Ja man kann sagen, dass in der Mehrzahl der Fälle sich ein, selbst zwei kurze nabel- oder trichterförmige Einziehungen in der Rinne, die eine auf der Seite der wirklichen, die andere auf der Seite der als Rinne angelegten Harnröhrenmündung befinden. — Fig. 3, Taf. VI.

3. Die präputialen Paraurethralgänge. Es sind dies die bekanntlich von Touton und Pick anatomisch untersuchten, an Blennorrhoe häufig erkrankenden Gänge im Limbus Praeputii; die genauere Beschreibung eines solchen Falles folgt weiter unten.

4. Präputiale Hautgänge. Es sind jene Gänge, die an der Innenfläche des Präputiums münden, die wir nie blenorrhoisch erkrankt sahen, und aus denen häufig eine sebumähnliche Masse, bei Entzündungen (Balanitis) eine seröse Flüssigkeit ausgedrückt werden kann; sie sind nicht zu verwechseln mit den ihnen sonst verwandten Gängen, welche oft rechts und links vom Frenulum sich finden und nichts anderes als vertiefte Frenularnischen sind, die

dadurch zustande kamen, dass das innere Blatt des Präputiums mehr an die Corona glandis herangezogen ist als de norma; die ersteren kommen auch an anderen Stellen als wirkliche Ausbuchtungen des Präputialsackes, die blindsackförmig sind, mit einer schmalen Oeffnung in den Präputialraum einmünden und Talgdrüsenausführungsgänge in sich aufnehmen, vor (siehe unten). Sie erkranken nie an Blennorrhoe.

5. Paraurethrale Gänge im Frenularkörper selbst, welche an der Unterfläche des Penis liegen und nicht in's Orificum urethrae münden; sie können blennorhoisch erkranken. Sie gehören in eine Kategorie mit den Folgenden.

6. Paraurethrale Gänge an der Unterfläche des Penis in der Raphe oder schräg über dieselbe verlaufend, wie bei dem von Touton beschriebenen Falle, die ebenfalls blennorrhoisch erkranken könnten.

Ich hatte Gelegenheit fünf paraurethrale Gänge histologisch zu untersuchen. Darunter waren vier gonorrhoisch inficirt.

Fall I gehört der unter 3. angeführten Gruppe an; er betraf einen Patienten, der schon wiederholt an Blennorrhoe erkrankt war. Er hat z. Z. ein stark gonococcenhaltiges Secret. Im Limbus Präputii zwischen beiden Blättern befindet sich ein 1 Ctm. langer, durch die äussere Lamelle fühlbarer bindfadendicker Strang, der am Rande der Vorhaut ausmündet, daselbst ca. 1 Ctm. vom Frenulum entfernt. Der Gang wurde in toto excidirt, in Alkohol gehärtet. Zur Färbung der Schnitte benutzte ich Sahli's Boraxmethylenblaulösung, worin dieselben 5--10 Minuten blieben, mit nachfolgender Entfärbung in schwach mit Essigsäure angesäuertem Wasser und absolutem Alkohol. Oder es geschah die Entfärbung nur in Alkohol. Ausserdem ist eine Schnittreihe nach Unna's Vorschrift auf Plasmazellen gefärbt worden, in polychromen Methylenblau mit nachheriger Entfärbung in Glycerinäther. Dieselben Methoden sind auch bei den anderen Gängen angewendet worden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes. Die Epidermis der Präputialhaut setzt sich continuirlich in die Epithelbedeckung des Ganges fort, verliert aber sehr bald den Epidermischarakter; die Hornschicht hört auf, die Papillen

werden niedriger, bis sie endlich ganz fehlen; die Zellen, auch die basalen sind grösser, succulenter, namentlich in der Stachelzellenschicht.

Der Gang verläuft leicht gebogen, so dass er in einzelnen Schnitten zweimal getroffen wurde. Reste von Drüsen oder Drüsenmündungen sind nirgends zu sehen. Die Auskleidung des Ganges bildet auch in der Tiefe ein mehrschichtiges Pflasterepithel, dessen oberflächlichste Reihe von einer dichten Schichte von Eiterkörperchen bedeckt wird. Dieselben liegen theils rasenförmig auf und in den sehr grossen Epithelzellen, theils in Einbuchtungen der Zellen, wie in einer Nische. In allen Schichten sind die weiten Intercellularräume von polynucleären Leukocyten dicht erfüllt, die Epithelzellen stellenweise auseinandergedrängt, hier und da desquamirt.

Die den Gang umgebende dichte Infiltration des Bindegewebes besteht fast ausschliesslich aus Unna's Plasmazellen, welche auch um die erweiterten Capillaren an vielen Stellen herdweise Anhäufungen bilden, gewöhnlich so, dass sie nicht der Capillarwand unmittelbar anliegen, sondern durch einige Bindegewebsfasern, oder von einigen kleinen mononucleären Leukocyten von derselben getrennt sind. Im infiltrirten Gewebe sieht man auch viele Mastzellen. Reste von Talgdrüsen oder Spuren derselben, die in den Gang eingemündet hätten, sind nirgends vorhanden. Gonococcen fand ich am reichlichsten in den oberflächlichen Lagen des Epithels, wo sie auf den Epithelzellen oder in den Intercellularräumen frei liegen. In den Eiterzellen eingeschlossen sah man sie nur in den seltensten Fällen. Ausserdem waren spärliche Gonococcen auch in den tieferen Epithelschichten und den oberflächlichsten Bindegewebslagen vorhanden, wohin sie wahrscheinlich durch Spalten im Epithel gelangt sind; hier lagen sie auch extracellulär.

Fall II. Derselbe gehört in die sub 6 angeführte Gruppe. Der Gang liegt an der Unterfläche des Penis. Es handelt sich um einen Mann, der seit zwei Wochen eine leichte Secretion aus der Urethra hat, in welcher spärlich Gonococcen nachgewiesen werden. Früher war er nie an Gonorrhoe erkrankt. An der Unterfläche des Penis befindet sich ein 2 Ctm. langer, schräg über die Mitellinie verlaufender Gang, etwa $2^1/_2$ Ctm. von der

Glans entfernt, aus welchem ebenfalls trübes, gonococcenhaltiges Secret ausdrückbar ist. An Längsschnitten sieht man, wie die Epidermis in das Epithel des Ganges übergeht, um gleich den Schleimhautcharakter anzunehmen. Es ist ein geschichtetes Pflasterepithel von fünf bis sechs Lagen, dessen weite Intercellularräume von zahlreichen mononucleären und relativ weniger polynucleären Zellen durchsetzt sind. Im Epithel finden sich auch typische Mastzellen. Eine ungemein dichte Infiltration schliesst sich eng an die epitheliale Bedeckung an, welche im Gegensatz zu dem früheren Falle nur aus kleinen mononucleären Leukocyten besteht, und nicht nur den ganzen Verlauf des Ganges begleitet, sondern als collaterale Entzündung sich auch darüber hinaus erstreckt. Auch hier sind sehr viele Mastzellen im Bindegewebe. Der Gonococcenbefund ist hier, wie im ersten Falle: die meisten findet man in den oberflächlichen Schichten, hier und da eine Epithelzelle rasenförmig bedeckend, in den tieferen Epithel- und oberflächlichen Bindegewebsschichten nur sehr spärliche, freiliegende Gonococcenpaare. Im Bereiche der collateralen Entzündung konnte ich keine Gonococcen auffinden. Hieher gehört auch:

Fall III; er betrifft einen Hohlgang von 2 Ctm. Länge, der genau in der Raphe penis unmittelbar vor dem Angulus penoscrotalis liegend, erst beachtet wurde, als er durch einen enge anliegenden Verband gerieben sich entzündete. Es wurde nämlich bei dem Patienten, der eine chronische Blennorrhoe hatte, eine kleine Balggeschwulst an der oberen Fläche des Penis exstirpirt. Der Verband, der deswegen angelegt wurde, führte zu der Entdeckung des Ganges, es zeigte sich die Raphe durch das Reiben von Seite des Verbandes geschwellt, geröthet und in derselben ein kleiner Punkt, aus dem eine seröse Flüssigkeit sich entleerte, die keine Gonococcen enthielt. Das Epithel des Ganges, ebenfalls frei von Gonococcen, war ein Schleimhautepithel, es war keine Spur von Talgdrüsen vorhanden. Der Kranke, ein sehr intelligenter Mann (Buchhalter), gibt auch genau an, dass er nie vorher eine Entzündung oder Secretion an dieser Stelle bemerkt hat, was umso mehr in's Gewicht fällt, als er uns selbst auf den Gang aufmerksam machte.

Fall IV. Eine blindsackförmig angelegte Urethralmündung bei einem Manne, der schon wiederholt Gonorrhoe gehabt hat. Zur Zeit ist ein reichlich Gonococcen enthaltender Ausfluss aus der Urethra vorhanden. Die wirkliche Urethralmündung nach unten verlagert, an der Stelle, wo normaler Weise der vordere Theil des Frenulum sich befindet; es besteht also ein leichter Grad von Hypospadie. Am Apex Glandis, an Stelle der normalen Urethralöffnung ist ein 3 Mm. tiefer Blindsack vorhanden, aus welchem ebenfalls ein Gonococcen enthaltendes Secret ausdrückbar ist; dieser wurde mit einem flachen Schnitt excidirt und die Hautfalte, welche ihn von der Harnröhre trennte, durchschnitten. Es wurde dann die Mündung, des bereits oben erwähnten Hohlganges an der dorsalen Wand der Urethra sichtbar. Geschichtetes Pflasterepithel, dessen einzelne Zellen auch hier durch weite, von mono- und polynucleären Leukocyten erfüllte Intercellulärräume von einander getrennt sind, kleidet den Gang aus. Wahrscheinlich dem Zerfall des Protoplasmas entsprechend, findet man sowohl die Epithelzellen als auch die Räume zwischen denselben von unregelmässigen, ungleich grossen Körnern, Klümpchen und Protoplasmaschollen begrenzt und bedeckt; es war ein ähnliches Bild, wie es Ehrmann[1]) an den vergrösserten Zellen des Stratum spinosum der breiten Condylome gefunden hat. Eine Verwechslung dieser Körner, mit den gleichmässig grossen, paarweise angeordneten und stärker gefärbten Gonococcen, die auch in diesem Präparate nicht nur in der Epithellage, sondern auch in den oberflächlichsten Bindegewebsschichten zu finden waren, ist ausgeschlossen. Die Infiltration wird in diesem, wie im ersten Falle, wiederum fast ausschliesslich aus Plasmazellen gebildet, auch das Verhalten um die erweiterten Capillaren ist ein ähnliches. Mastzellen sind ebenfalls in grosser Zahl im Bindegewebe vorhanden.

In dieser Schnittreihe begegnete ich zum ersten Male einer Zellform, deren Jadassohn schon Erwähnung thut.[2]) Er beschreibt dieselbe als „unregelmässige, fädige, bald sehr

---

[1]) Ehrmann. Verhandlungen der Wiener derm. Gesellschaft. 1896.

[2]) Jadassohn. Zur pathol. Anatomie und allgemeinen Pathologie des gonorrh. Processes. IV. derm. Congress.

langgezogene, bald an Bindegewebsspindelkerne erinnernde Gebilde". Diese Beschreibung entspricht vollkommen den von mir beobachteten Bildern. In sehr dichter Aneinanderlagerung fand ich sie am Rande des Infiltrates; sie sind aber auch inmitten der entzündlichen Zellanhäufung zu sehen, und greifen über die Epithelgrenze auch in die Epithelschichte hinein. Ich möchte mich, nach den von mir beobachteten Bildern, mehr der Ansicht hinneigen, dass die fraglichen Zellen veränderte Wanderzellen resp. Leukocyten sind, da ich vielfach Uebergänge von langgezogenen dünnen, zu kurzen breiteren, und ganz kurzen deutlich den Charakter der Leukocyten tragenden Zellen gesehen habe.

Fall V. Derselbe zeigt einen ähnlichen Blindsack, wie der eben beschriebene. Der Fall, den ich der Güte des Herrn Prof. Lang verdanke, hatte früher nie an Gonorrhoe gelitten. Seit sechs Tagen bemerkt er ein Brennen in der Harnröhre und heftigen Harndrang. Der eitrige Ausfluss enthält zahlreiche Gonococcen. Hier besteht ebenfalls ein leichter Grad von Hypospadie; an Stelle der normalen Harnröhrenöffnung ist ein ca. 5 Mm. langer blind endigender Gang vorhanden, aus welchem auch ein reichlich Gonococcen enthaltendes Secret ausdrückbar ist. Der Gang wurde excidirt und mir zur mikroskopischen Untersuchung überlassen. Das Resultat der Untersuchung war Folgendes. Das, die Bekleidung des Ganges bildende, geschichtete Pflasterepithel ist vielfach zerklüftet, desquamirt, stellenweise fehlend, sodass das Bindegewebe von der schützenden Decke entblöst, freiliegt. Zum Theile sind diese Verhältnisse wohl auf mechanische Insulte, durch die der Operation vorausgegangene Sondirung, zurückzuführen. Das Epithel ist reichlich durchsetzt von mono- und polynucleären Leukocyten. Die Infiltration ist mässig dicht, und besteht ebenfalls aus mono- und polynucleären Leukocyten; die Plasmazellen fehlen ganz. Die zahlreichen Mastzellen sind von einer ganz besonderen Grösse, die den Zelleib ausfüllende Granula sehr grob, und finden sich scheinbar auch ausserhalb des Protoplasmas, als wären sie aus demselben herausgefallen. Die Bindegewebszellen sind ebenfalls vergrössert, wie aufgetrieben, mit grossen runden oder ovalen

Fall IV. Eine blindsackförmig angelegte Urethralmündung bei einem Manne, der schon wiederholt Gonorrhoe gehabt hat. Zur Zeit ist ein reichlich Gonococcen enthaltender Ausfluss aus der Urethra vorhanden. Die wirkliche Urethralmündung nach unten verlagert, an der Stelle, wo normaler Weise der vordere Theil des Frenulum sich befindet; es besteht also ein leichter Grad von Hypospadie. Am Apex Glandis, an Stelle der normalen Urethralöffnung ist ein 3 Mm. tiefer Blindsack vorhanden, aus welchem ebenfalls ein Gonococcen enthaltendes Secret ausdrückbar ist; dieser wurde mit einem flachen Schnitt excidirt und die Hautfalte, welche ihn von der Harnröhre trennte, durchschnitten. Es wurde dann die Mündung, des bereits oben erwähnten Hohlganges an der dorsalen Wand der Urethra sichtbar. Geschichtetes Pflasterepithel, dessen einzelne Zellen auch hier durch weite, von mono- und polynucleären Leukocyten erfüllte Intercellulärräume von einander getrennt sind, kleidet den Gang aus. Wahrscheinlich dem Zerfall des Protoplasmas entsprechend, findet man sowohl die Epithelzellen als auch die Räume zwischen denselben von unregelmässigen, ungleich grossen Körnern, Klümpchen und Protoplasmaschollen begrenzt und bedeckt; es war ein ähnliches Bild, wie es Ehrmann[1]) an den vergrösserten Zellen des Stratum spinosum der breiten Condylome gefunden hat. Eine Verwechslung dieser Körner, mit den gleichmässig grossen, paarweise angeordneten und stärker gefärbten Gonococcen, die auch in diesem Präparate nicht nur in der Epithellage, sondern auch in den oberflächlichsten Bindegewebsschichten zu finden waren, ist ausgeschlossen. Die Infiltration wird in diesem, wie im ersten Falle, wiederum fast ausschliesslich aus Plasmazellen gebildet, auch das Verhalten um die erweiterten Capillaren ist ein ähnliches. Mastzellen sind ebenfalls in grosser Zahl im Bindegewebe vorhanden.

In dieser Schnittreihe begegnete ich zum ersten Male einer Zellform, deren Jadassohn schon Erwähnung thut.[2]) Er beschreibt dieselbe als „unregelmässige, fädige, bald sehr

---

[1]) Ehrmann. Verhandlungen der Wiener derm. Gesellschaft. 1896.

[2]) Jadassohn. Zur pathol. Anatomie und allgemeinen Pathologie des gonorrh. Processes. IV. derm. Congress.

langgezogene, bald an Bindegewebsspindelkerne erinnernde Gebilde". Diese Beschreibung entspricht vollkommen den von mir beobachteten Bildern. In sehr dichter Aneinanderlagerung fand ich sie am Rande des Infiltrates; sie sind aber auch inmitten der entzündlichen Zellanhäufung zu sehen, und greifen über die Epithelgrenze auch in die Epithelschichte hinein. Ich möchte mich, nach den von mir beobachteten Bildern, mehr der Ansicht hinneigen, dass die fraglichen Zellen veränderte Wanderzellen resp. Leukocyten sind, da ich vielfach Uebergänge von langgezogenen dünnen, zu kurzen breiteren, und ganz kurzen deutlich den Charakter der Leukocyten tragenden Zellen gesehen habe.

Fall V. Derselbe zeigt einen ähnlichen Blindsack, wie der eben beschriebene. Der Fall, den ich der Güte des Herrn Prof. Lang verdanke, hatte früher nie an Gonorrhoe gelitten. Seit sechs Tagen bemerkt er ein Brennen in der Harnröhre und heftigen Harndrang. Der eitrige Ausfluss enthält zahlreiche Gonococcen. Hier besteht ebenfalls ein leichter Grad von Hypospadie; an Stelle der normalen Harnröhrenöffnung ist ein ca. 5 Mm. langer blind endigender Gang vorhanden, aus welchem auch ein reichlich Gonococcen enthaltendes Secret ausdrückbar ist. Der Gang wurde excidirt und mir zur mikroskopischen Untersuchung überlassen. Das Resultat der Untersuchung war Folgendes. Das, die Bekleidung des Ganges bildende, geschichtete Pflasterepithel ist vielfach zerklüftet, desquamirt, stellenweise fehlend, sodass das Bindegewebe von der schützenden Decke entblöst, freiliegt. Zum Theile sind diese Verhältnisse wohl auf mechanische Insulte, durch die der Operation vorausgegangene Sondirung, zurückzuführen. Das Epithel ist reichlich durchsetzt von mono- und polynucleären Leukocyten. Die Infiltration ist mässig dicht, und besteht ebenfalls aus mono- und polynucleären Leukocyten; die Plasmazellen fehlen ganz. Die zahlreichen Mastzellen sind von einer ganz besonderen Grösse, die den Zelleib ausfüllende Granula sehr grob, und finden sich scheinbar auch ausserhalb des Protoplasmas, als wären sie aus demselben herausgefallen. Die Bindegewebszellen sind ebenfalls vergrössert, wie aufgetrieben, mit grossen runden oder ovalen

Kernen. In den dem Lumen zunächst liegenden Schichten des Epithels sind die Gonococcen am reichlichsten zu finden, meistens freiliegend. Die tieferen Schichten und die oberflächliche Bindegewebslage sind aber auch nicht frei von denselben, in letzter sind es namentlich die vom Epithel entblössten Stellen, wo man sie reichlicher findet.

Fall VI. Der fünfte von mir mikroskopisch untersuchte Gang gehört der sub 4 angeführten Kategorie an und war nicht gonorrhoisch inficirt. Der Kranke hat vor 3 Jahren eine mehrere Monate dauernde Blennorrhoe mit Epididymitis durchgemacht, die ebenfalls im Ehrmann'schen Ambulatorium behandelt wurde. Das Vorhandensein des Ganges wurde schon damals constatirt. Zur Zeit der Excision besteht keine Gonorrhoe, keinerlei Ausfluss aus der Harnröhre. An der Innenfläche des Präputiums links oben ca. 3 Ctm. von der Frenularnische entfernt befindet sich eine 2 Mm. breite, schleienmaulähnliche, beim Zurückziehen des Präputiums klaffende Mündung, aus welcher manchmal flüssiges Secret, manchmal eine etwas trübe, schmierige, dickliche Masse ausdrückbar ist. Das mikroskopische Bild des excidirten Ganges ist ein von den vorhergehenden toto coelo verschiedenes. Die Haut setzt sich, ohne ihren Charakter zu verlieren und zur Schleimhaut zu werden, durch den ganzen Gang, bis an das blinde Ende desselben, welches von der Mündung 4 Mm. entfernt ist, fort. Die Hornschicht überzieht denselben in wechselnder Dicke auch in der Tiefe der Einbuchtung und fehlt nur an einzelnen Stellen. Während in den vier vorherbeschriebenen Fällen nirgends Talgdrüsen, noch Spuren oder Reste derselben, die auf eine früher bestandene Einmündung von drüsigen Anhängen hindeuten würden, vorhanden waren, münden hier im Verlaufe des ganzen Ganges zahlreiche kleine Talgdrüsen in das Lumen, so dass das Bild eine grosse Aehnlichkeit mit dem der Meibom'schen Drüsen des Augenlids erhält. Nach alledem möchte ich diesen Gang als Hautgang, den vorhergehenden als Schleimhautgängen gegenüber stellen. Die epitheliale Bekleidung umgab eine aus kleinen mononucleären Leukocyten bestehende Infiltration. Plasmazellen fehlen im Entzündungsherd. Die Entzündung ist hier offenbar auf eine, auf den Gang sich fort-

setzende Balanitis zurückzuführen. Im hohen Grade bemerkenswerth ist, dass trotzdem hier reichlich Gelegenheit zu einer gonorrhoischen Infection des Ganges vorhanden war, denn die Mündung klaffte ja bei der Zurückziehung des Präputiums, und der Kranke hatte eine langdauernde Blennorrhoe, doch von einer Infection zu keiner Zeit, (der Patient stellte sich wegen einer gleichzeitig vorhandenen Lues wiederholt im Ambulatorium vor) etwas zu merken war. Auch die deutlich wahrnehmbare Entzündung, welche doch eine gewisse Lockerung des Epithels bewirkte, war nicht im Stande, einen günstigen Boden für die Infection zu bereiten.

Vor der zusammenhängenden Analyse der bis jetzt beschriebenen Fälle, möchte ich noch eine klinische Beobachtung aus der Privatpraxis des Herrn Docenten Dr. Ehrmann, der die Bekanntmachung derselben mir ebenfalls gütigst überliess, mittheilen. Sie trägt wesentlich für das Verständniss der Natur dieser Gänge bei.

Fall VII. Taf. VI, Fig. 4. Dieser Fall — mikroskopisch nicht untersucht — betrifft einen seit Jahren an chronischer Blennorrhoe leidenden, mit Hypospadie behafteten Patienten, bei welchem folgende anatomische Verhältnisse vorliegen. Die wirkliche Urethralmündung befindet sich an der Unterfläche der Glans, dort, wo sonst der vordere Theil des Frenulums liegt, hinter der Mündung ist die Urethralwand membranös. Die Raphe Penis spaltet sich etwa 1 Ctm. hinter der Oeffnung gabelig in zwei Aeste, welche den membranösen perforirten Endtheil der unteren Harnröhrenwand zwischen sich fassen und dann anderseits gegen den Sulcus coronarius hinziehen und allmälig in die Präputialreste übergehen; dort, wo der linke Ast an den Sulcus coronarius stösst, ist ein 4—5 Mm. langer, in die Haut führender Gang, der etwa in der Richtung des Astes parallel zur Hautoberfläche verläuft, und aus welchem ein Eitertropfen sich entleert. Das Präputium fehlt an der Unterfläche ganz, so dass nur der dorsale und laterale Theil desselben entwickelt ist und in 2 flügelförmige Lappen endigt, in welche eben die Aeste der gabeligen Raphe sich verlieren. (Taf. VI, Fig. 4). Wir haben es hier demnach mit einem paraurethralen Gang zu thun, der anstatt im Frenulum in einem Aste der

Raphe Penis liegt, dort wo diese in einen Wulst übergeht, der das unvollständig entwickelte Präputium darstellt.

Wenn man die häufige Beobachtung,[1] dass diese paraurethralen Gänge mit anderen Entwickelungsanomalien der Urethra zusammenhängen, ins Auge fasst, so wird man naturgemäss zu der Anschauung gedrängt, dass dieselben auch einer embryonalen Störung ihre Entstehung verdanken. Die Thatsache, dass die Gänge meistentheils nachweislich angeboren sind, spricht schon dafür.[1])

Die Erklärung dieser Bildungen ist offenbar durch die Art der Urethralbildung gegeben. Die Urethra wird bekanntlich als eine nach unten offene, vor der Cloake bis an die Unterfläche des Genital-Stückes verlaufende Rinne angelegt, welche sich im 4. Monate schliesst und so die Harnröhre bildet. Als Zeichen dieses Verschlusses bleibt äusserlich sichtbar die Raphe Perinei, Scroti et Penis und das Frenulum, resp. das Septum des Bulbus Urethrae. In einzelnen Fällen reicht der Verschluss nur bis zum Frenulum, die Gegend, wo sonst das Frenulum ist, bleibt als offene Rinne zurück, und in zwei Fällen der Ehrmann'schen Ambulanz, haben wir in den Seitenflächen der Rinne selbst und dort, wo die Schleimhaut in die äussere Bedeckung des Penis übergeht, eine Reihe von Hohlgängen beobachtet, die parallel zur Achse des Penis verlaufen. Fig. 1, Taf. V. Diese Hohlgänge waren in beiden Fällen angeboren, bei dem einen gonorrhoisch inficirt und sind zweifellos Schleimhautgänge, auch die Partie, auf der sie sich befinden, trägt den Charakter der Schleimhaut in Bezug auf Zartheit, Durchsichtigkeit des Epithels und in Bezug auf die in der Harnröhrenschleimhaut sehr deutlich vorspringenden Venen. Bei der mikroskopischen Untersuchung eines dieser Gänge, der excidirt wurde, war keine Spur von Talgdrüsen

---

[1]) Ausser den schon früher erwähnten Autoren betont neuerer Zeit auch Feleki (Die Urethritis externa des Mannes. Pester med. chirurg. Presse 1892, p. 339.) dass in allen drei, von ihm untersuchten Fällen, der Penis auch anderweitige Bildungsanomalien darbot. Man hat als solche ausser der Hypospadie, eine abnorme Weite oder Enge des Harnröhrencanals, eine gewisse Diformität der Harnröhrenmündung indem dieselbe weit oder horizontal gestellt, ⊥förmig etc. ist, beschrieben.

oder deren Mündungen bemerkbar. Denken wir uns nun, dass die Urethralrinne sich in diesen Fällen auch im Frenulartheil geschlossen hätte, so wären die an ihren Seitenwänden verlaufenden Hohlgänge genau in die Lippen der Urethra gekommen, wie wir die paraurethralen Gänge gewöhnlich vorfinden. Der Bildungsmodus der Gänge selbst wird aber auch aus unseren Fällen klar. Einzelne von diesen Gängen öffneten sich nämlich in secundäre Längsfalten der Schleimhaut, so dass die einen die Verlängerung der anderen sind, wodurch es klar wird, dass die Gänge durch Verwachsung der Ränder von secundären Längsfalten der Urethralrinne entstanden sind, die in einzelnen Fällen total, in anderen nur zum Theile erfolgt ist. Wir müssen mithin annehmen, dass auch die, bei nicht hypospadeischen Individuen gefundenen, in der Harnröhrenmündung gelagerten Hohlgänge auf dieser Weise im embryonalen Leben entstanden sind. Eine scheinbare Schwierigkeit ergibt sich nur bei der Erklärung der präputialen Gänge, d. h. derjenigen, die zwischen beiden Blättern des Präputiums laufen, aber auch diese ist durch die genaue Beobachtung der Bildungsanomalien zu lösen. Es ist der letzte mitgetheilte Fall VI, Fig. 2, Taf. V, der die Entstehungsweise der präputialen Gänge beleuchtet. Wir sehen da die Raphe in zwei Aeste auseinandergewichen, die mit den zusammenstossenden Rändern der Corona Glaudis einen Rhombus einschliesst, dessen mediane Diagonale in der Richtung der ungetheilten Raphe liegt, dessen quere Diagonale die Richtung andeutet, in der das Präputium sich hätte entwickeln sollen; denn von den Enden dieser Diagonale zieht sich jederseits ein Wulst zur den Resten des Präputiums. Der rhomboidale Raum ist eingenommen von der membranös gebliebenen unteren Wand der Urethra. Die dünne Beschaffenheit derselben rührt offenbar daher, dass die beiden Ränder der embryonalen Urethralrinne an ihren dem Orificium nahen Enden erst sehr spät und nicht fest genug verwachsen waren, zu einer Zeit, wo die Corpora cavernosa schon entwickelt waren, und in weiterem Verlaufe der Entwickelung, vielleicht durch den Blutdruck im Corpus cavernosum sind sie auseinandergewichen, so dass sie nur durch eine Membran zusammen hängen. Wohl daher rührt auch die scheinbare Gabelung der

Raphe Penis in zwei Aeste. Es handelt sich also hier um eine unvollständig entwickelte Hypospadie, bei welcher aber die Bildung des Präputiums an der Unterfläche unterblieb, was bei Hypospadie sehr häufig ist. Das Präputium ist nur durch niedrige Wülste angedeutet, welche von den Enden der gegabelten Raphe ziehend in flügelförmig entwickelte Seitentheile der Vorhaut übergehen. An der Uebergangstelle des linken Rapheastes in der Präputialwulst befindet sich ein Hohlgang, der in der Richtung des Rapheastes zieht. Man kann sich nun zweierlei vorstellen. Beim festen Zusammenwachsen der Rinnenränder zu einem Frenulum wäre dieser Gang entweder ins Frenulum zu liegen gekommen, und wäre ein im Frenulum liegender (frenularer) paraurethraler Gang geworden, oder der niedrige Präputialwulst, an dessen medianem Ende er liegt, hätte sich weiter emporgehoben, dann wäre er in den Limbus des Präputiums zu liegen gekommen und von der Harnröhre weit weg abgehoben werden; er wäre also von der Frenulargegend in den Präputialrand gelangt, mit dem er nach Lösung des inneren Präputialblattes fürs ganze Leben verschiebbar geblieben wäre.

Nach der Lage des Ganges liegt es ja — wenn man das Vorhergesagte berücksichtigt — sehr nahe anzunehmen, dass der Gang ursprünglich eine Falte der nach unten offenen Urethralrinne war, und zwar am Rande der letzteren, dort wo diese in die äussere Bedeckung des Genitalhügels übergeht. Die Falte schloss sich zu einem Gange, noch bevor die Urethralrinne selbst sich vollständig schloss. Es hängt nur von der Lage diese Falte zur Verlöthungsstelle der Urethralrinne ab, ob der aus der Falte entstandene Gang in das Frenulum zu liegen kommt und in das Orificium mündet, oder neben das Frenulum zu liegen kommt und frei auf der Haut ausmündet. Der Vorgang ist schematisch folgendermassen darzustellen: In der Entwicklungsreihe I, II, III der nebenstehenden Fig. 1 entsteht die Falte an der Stelle der zukünftigen Verlöthung selbst und deshalb kommt der Hohlgang in's Frenulum zu liegen, in der Reihe Ia, IIa, IIIa ist die Falte nach auswärts, ausser dem Bereiche der Verlöthungsstelle entstanden und deshalb kommt der Hohlgang nicht ins Bereich des Frenulum, sondern rechts

oder links von demselben in die Haut zu liegen, wie Fig. 2, Taf. V. Auf ähnliche Weise ist die Entstehung der zuerst von Touton an der Unterfläche des Penis im Bereiche der Raphe vorgefundenen Hohlgänge zu erklären. Im Ehrmann'schen Ambulatorium wurden bei zwei Fällen derartige Gänge beobachtet. Der eine (Fall II) lag schräg, der andere lag genau in der Raphe Penis an der Uebergangsstelle ins Scrotum. Fig. 4,

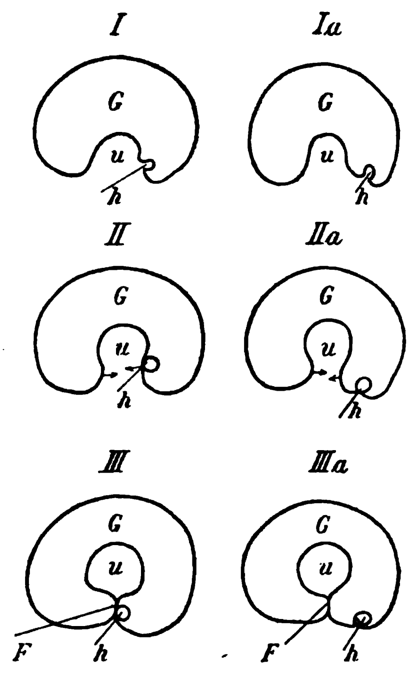


Fig. 1.
Schema der Entwickelung eines paraurethralen Ganges aus einer Hohlfalte der Urethralrinne im Querschnitt.

G Genitalhügel. *U* Urethralrinne resp. Urethralkanal. *h* Hohlfalte resp. Hohlgang. In *I*, *II*, *III* kommt die Rinne ins Frenulum *F*, bei *Ia IIa III* ausserhalb desselben zu liegen.

Taf. VI. Der Gang wurde erst entdeckt, als man wegen Exstirpation einer kleinen Balggeschwulst aus der Penishaut einen Verband anlegte, der den Gang rieb, so dass er anschwoll und eine seröse Flüssigkeit absonderte, in der

keine Gonococcen vorhanden waren. Der Gang war ca. 2 Ctm. lang, mündete vorne, rückwärts endigte er vor dem Angulus penoscrotalis blind. Er zeigte auch auf mikroskopischen Durchschnitten ein Schleimhautepithel ohne Spur von Hornschichte, ohne Spur von Talgdrüsen. Da es ein echter Schleimhautgang ist, so ist seine Entstehung so zu erklären, wie die der Frenularengänge. Wie aber der aus der Urethra entstandene Gang in die Haut zu liegen kommt, zeigt eine einfache Betrachtung über die Art und Weise, wie die Raphe penis entstanden ist. Ehrmann hat hierauf bereits 1886 (Wr. Medic. Presse) hingewiesen. Wenn die Urethralrinne des Foetus sich geschlossen hat, so wachsen durch die Verlöthungsstelle von rechts nach links die Geflechte des Corpus cavernosum urethrae hindurch, dies unterbleibt soweit die Pars pendula

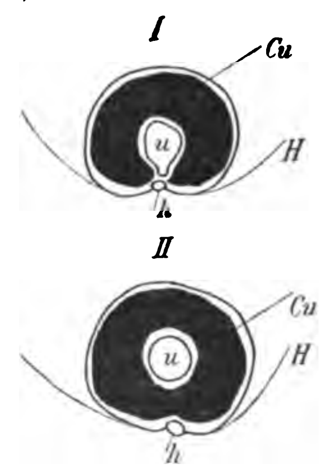


Fig. 2.
Schema um das Abdrängen des Hohlganges von der Urethra durch das Zusammenwachsen des Corpus cavernosum Urethrae zu erklären.
H Haut. *h* Hohlgang. *U* Urethra. *Cu* Corpus cavern. urethrae.

urethrae in Betracht kommt nur an zwei Stellen, nämlich dort wo das Frenulum und dort wo das Septum bulbi entsteht. An diesen Orten ist die Haut durch ein straffes Bindegewebe direct mit der Harnröhre verbunden; an allen anderen Orten wird die Haut durch das sich entwickelnde Corpus cavernosum urethrae von der Harnröhre abgedrängt und es bleibt

als Ausdruck der Verwachsung der Urethralrinne nur ein Hautwulst sichtbar: die Raphe. Durch das Corpus cavernosum urethrae kann aber auch ein in oder neben der Verlöthungsstelle der Urethra gebildeter Hohlgang von der Schleimhaut in die Haut gedrängt werden, wie nebenstehendes Schema zeigt. Fig. 2 des Textes.

So wie aber durch ungleichmässiges Wachsthum der Haut die Raphe penis selbst ihre mediane Lage verlieren kann, häufig sogar zu einer Zickzacklinie verzerrt wird, ebenso kann auch der in die Haut gelangte Hohlgang in eine zur Mittellinie schräge Lage kommen, wie sie der Fall von Touton und der hier von mir beschriebene Fall II zeigt.

Kommt aber ein so gebildeter Gang gerade an die Stelle zu liegen, wo sich der Präputialwulst erhebt, so kann er, wie schon oben erwähnt wurde, durch die sich erhebende Falte weit weg von seiner ursprünglichen Bildungsstätte in den Rand des Präputiums als versprengtes Schleimhauttheilchen hineingelangen, so dass es schwierig wird, den genetischen Zusammenhang mit der Harnröhre herauszufinden.

Der Schleimhautcharakter dieser Gänge zeigt sich besonders in dem Charakter des Epithels, den grossen basalen Zellen, dem Mangel von Verhornungsvorgängen auch in jenen Fällen, wo Eiterbildung gänzlich fehlt, und an eine Vereiterung nicht zu denken ist. Wo aber solche Hohlgänge wie in unserem Fall VI wirklich von der Haut stammen, zeigt das Epithel ausserdem Verhornungserscheinungen, und es sind noch deutliche Talgdrüsen vorhanden, selbst wenn Entzündungen und Eiterung in demselben vorangegangen sind.

So wie nämlich die Urethralrinne ihre secundären Falten und Ausbuchtungen hat, die zum Theile zu Gängen sich schliessen, so hat auch der Präputialsack, wie wir oben beschrieben haben, seine Falten; und so wie die Abkömmlinge der Urethralrinne, wenn auch noch so weit versprengt, zeitlebens den Charakter der Schleimhautgänge bewahren, so behalten auch die präputialen Ausbuchtungen stets den Hautcharakter.

Die an der Spitze der Eichel befindlichen blindsackartigen Gänge kann man als Reste der Urethra glandis, die hier nicht

zur Verschmelzung mit der Urethra penis gekommen sind, auffassen.

Noch einige Worte über die Plasmazellen! Der Umstand, dass ich die Plasmazellen in zwei Fällen ganz vermisste, während in zwei anderen die Infiltration fast ausschliesslich aus dieser Zéllenart gebildet wurde, lässt sich aus dem Verhalten der Gonococcen im Gewebe nicht erklären, da dasselbe in allen vier Untersuchungen ein ähnliches war. Eher gelingt eine Erklärung aus dem klinischen Verlaufe des Processes. In beiden Fällen, wo die Plasmazellen vorhanden waren, handelte es sich um eine chronische Gonorrhoe, die nur zur Zeit eine acutere Exacerbation durchmachte, in den zwei anderen haben wir hingegen mit der ersten Affection zu thun, in ihrem acuten Stadium. Nach diesen Beobachtungen ist der Schluss zu ziehen, dass die Plasmazellen eher bei einer mehr chronischen Entzündung vorkommen, während sie bei ganz acuten fehlen.

Zum Schlusse theile ich noch die mikroskopische Untersuchung eines paraurethralen gonorrhoischen Abscesses mit. Er stammt von einem Patienten, der schon wiederholt Gonorrhoe gehabt hat. Diesmal, 8 Tage nach dem verdächtigen Coitus, ist eine profuse Secretion aus der Urethra vorhanden, und an der Basis Frenuli, namentlich in der linken Frenularnische, wölbt sich ein bohnengrosser, schmerzhafter Knoten vor. Im Urethralsecret sind überaus zahlreiche Gonococcen vorhanden. Am sechsten Tage wird die Abscessdecke gelblich verfärbt; die Perforation bereitet sich vor. Die noch intacte Decke wird mit einem flachen Schnitt abgetragen, und so der Abscess eröffnet. Im Abscesseiter findet man nur eine mässige Menge von Gonococcen. Die angelegten Agar- und Gelatineculturen gingen nicht auf, eine Mischinfection ist also ausgeschlossen; übrigens kann man auch mikroskopisch die Strepto- und Staphylococcen mit der grössten Sicherheit ausschliessen.

Die Abscesshöhle erscheint unter dem Mikroskope von einer dichten Menge polynucleärer Leukocyten erfüllt; auch die epitheliale Decke ist ganz durchwuchert von denselben, ihre Continuität ist aber noch nirgends unterbrochen. Dort, wo die Leukocyten besonders reichlich im Epithel sich vorfinden, ist

die Tingirbarkeit des Zellprotoplasmas vermindert, auch die Zellkerne erscheinen blässer. Stellenweise färben sich die Zellen ungleichmässig, indem der untere Theil stark, der obere schwach oder gar nicht gefärbt ist, eine Erscheinung, die Ehrmann [1]) beim breiten Condylom beschreibt, und die er auf den ungleichmässigen Wassergehalt der Zellen zurückführt.

Drüsenreste sind in den Präparaten nirgends zu finden.

Das Bindegewebe ist reich an sehr grossen, unregelmässig geformten, oft mit Ausläufern versehenen, wie aufgeblähten Zellen, die einen ebenfalls grossen runden oder ovalen, heller gefärbten, mit 1—2 Nucleoli versehenen Kern enthalten. Einige darunter sind mit Eiterkörperchen erfüllt, viele zeigen karyokinetische Figuren. Aehnliche Zellformen erwähnt auch Jadassohn. [2]) Gonococcen wurden nur in mässiger Anzahl in den Präparaten gefunden; am ehesten in der Abscesshöhle, wo sie theils intra-, theils extracellulär lagen. Sie waren aber auch in den oberflächlicheren Lagen vorhanden, in zwei Schnitten sah ich sie sogar in den tieferen Epithelschichten in extracellulärer Lage.

Die hier niedergelegten Erfahrungen zusammenfassend, kommen wir bezüglieh der Pathologie der Gonorrhoe zu folgenden Resultaten: Es ist nicht so sehr der Umstand, ob ein ungeschichtetes oder geschichtetes, Cylinder- oder Pflasterepithel vorliegt, für das Fortkommen der Gonococcen entscheidend, sondern die Frage, ob das Epithel dem Charakter der Schleimhaut oder der Haut entspricht. Auch die Frage, ob das Epithel mehr oder weniger locker ist, kommt nicht so sehr in Betracht, als der Umstand, ob das Epithel in sich die Fähigkeit besitzt, eine Hornschicht zu bilden oder nicht, was bekanntlich nicht die Folge des Freiliegens oder Gedecktseins ist. Ist es im Stande eine Hornschicht zu bilden, so scheint es immun zu sein.

Bezüglich der Fähigkeit der Gonococcen Eiter zu bilden lehrt uns der zuletzt angeführte Fall von periurethralem Ab-

---

[1]) Ehrmann. III. dermat. Congress p. 311.

[2]) Jadassohn. Zur pathol. Anatomie und allgem. Pathologie des gonorrh. Processes. IV. derm. Congr.

scess, dass wenn auch der Ausgangspunkt derselben eine Littré'sche Drüse, oder eine Morgagnische Tasche ist, doch eine echte Eiterung des Bindegewebes selbst stattfindet, wie das auch schon von anderen Autoren beobachtet wurde. (Pelizzari, Jadassohn etc.)

Zum Schlusse ist meine angenehmste Pflicht, meinen hochverehrten Lehrer Herrn Doc. Dr. Ehrmann sowohl für das mir zu Gebote stehende Material, als auch für die vielfache Unterstützung und Anregung während meiner Arbeit, den besten Dank auszusprechen.

Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. V und VI ergibt sich aus dem Text.

Ueber virulente Bubonen und den Ulcus molle-Bacillus.

Von

Dr. **Rudolf Krefting,** Christiania.

Was die Entwickelung von Bubonen nach Ulcus molle bedingt, ist bei der Mehrzahl der vorkommenden Fälle unaufgeklärt.

Die nicht virulenten enthalten bekanntlich Eiter, in welchem weder mikroskopisch noch durch Züchtungsversuche auf den bekannten Nahrungssubstraten Mikroben nachgewiesen werden können.

Bei Probeinoculationen gibt dieser Eiter keinen Ausschlag und entspricht dem, was man bakteriologisch unter sterilem Eiter verstehe.

Diese Art Bubonen sind der Erfahrung aller Kliniken gemäss die am häufigsten vorkommenden und können periodisch in so überwiegend grosser Anzahl vorkommen, dass einzelne Forscher, [1]) die eine Serie solcher Fälle angetroffen, sich haben verleiten lassen, die Existenz der virulenten Bubonen zu leugnen.

Einzelne Fälle von Drüseneiterung nach Ulcus molle, wo Staphylococcen oder Streptococcen nachgewiesen werden können, müssen als durch Mischinfection hervorgerufen angesehen werden und dürfen nicht hierher gerechnet werden, obschon sie sich klinisch den nicht virulenten Bubonen mit sterilem Eiter sehr ähnlich verhalten. Was die virulenten Bubonen betrifft, scheint dagegen die Aetiologie klar zu sein, obwohl noch verhältnissmässig

---

[1]) Traedgaard, Strauss. Aus der späteren Zeit Ducrey.

wenige Untersuchungen vorliegen, die das Vorhandensein vom Ulcus molle Bacillus in denselben zeigen.

Da es nur meine Absicht ist, ganz kurz meine fortgesetzten Untersuchungen der von mir behandelten Fälle von Bubonen mitzutheilen, will ich die Geschichte mit Rücksicht auf die Ulcus molle-Frage nicht wiederholen. Seitdem ich mich mit der Frage beschäftigt habe, ist es mir oft eingefallen, dass Ulcus molle nicht ein so sicher begrenzter Krankheitsbegriff zu sein braucht, und dass die Krankheit z. B. nicht vollständig dieselbe ist, wenn sie in Christiania auftritt, wie in Neapel, Wien etc., sowie dass Finger, der angibt, dass die Wiener Schule den Krankheitsbegriff etwas weiter definirt, zum Theil Recht haben könnte.

Es liegen jedoch jetzt nach dem Nachweise des Bacillus so zahlreiche, völlig übereinstimmende Untersuchungen aus so vielen weit von einander liegenden Orten vor, dass die Krankheit überall als einartig und unbedingt dieselbe constatirt werden muss. Die Anzahl derjenigen, die ihre Funde vom Bacillus in den Schankerwunden und den Inoculationspusteln mitgetheilt haben, ist schon jetzt sehr gross.

Der, welcher zuerst den Bacillus nachwies, Ducrey, war aus dem südlichsten Theil Europas und kam mit seinen Untersuchungen im Jahre 1889.[1]) Darauf kamen meine Untersuchungen, die zum Theil von mir ausgeführt waren, ohne Ducrey zu kennen, aus dem nördlichsten Theile Europas — Christiania — veröffentlicht im Jahre 1891.[2]) Dann Unna[3]) aus Hamburg im Jahre 1892, der eine Methode zum Färben der Bacillen im Schnitt erfand. Quinquaud und Nicolle[4]) aus Paris, Petersen[5]) aus St. Petersburg, Riviere[6]) aus Frankreich

[1]) Congres internat. de dermat. et de syph. Paris 1889. Comptes rendus p. 279.

[2]) Nord. med. Archiv 1891. Archiv für Derm. u. Syph. 1892. Ann. de derm. et syph. 1893.

[3]) Monatshefte für prakt. Dermat. 1892 u. 1895.

[4]) Annales de Dermatol. et syph. 1892 p. 818. Thèse de Paris 1893.

[5]) Wratsch. Februar 1893.

[6]) Journal des connaissances méd. Mai 1893.

Walther Petersen[1]) aus Bonn, Mermel,[2]) Colombini[3]) aus Siena, Audry[4]) aus Toulouse, Dubreuilh und Lasnet[5]) aus Bordeaux, Spietschka[6]) aus Prag. Aus Wien und Breslau haben Rille[7]) und Buschka[8]) Untersuchungen mit positivem Resultat mitgetheilt.

Bei einem Falle von Ulcus molle auf der Zunge ist in Paris in Fournier's Abtheilung der Bacillus sowohl im Secret der Wunde als auch in den Wundwänden nachgewiesen worden.[9])

Bei einem Falle von Ulcus molle am Finger, der als Panaritium angenommen war, hat der Nachweiss vom Ulcus molle-Bacillus die Diagnose bestätigt.[10])

Wenn man sieht, dass alle diese Untersuchenden aus so fern von einander liegenden Orten im Wesentlichen zu demselben Resultat gekommen sind, kann man sich nicht — wie Verfasser neuerer Lehrbücher es thun — allzu skeptisch verhalten, selbst wenn es auch noch Niemandem gelungen ist, die Mikroben auf künstlichen Nahrungssubstraten zu züchten.

Eine Art Reincultur ist es jedoch, wenn man den Bacillus in Serien von Inoculationspusteln ohne Beimischung von anderen Mikroben nachweisen kann — eine Reincultur mit der menschlichen Haut als Nahrungssubstrat. Der Leprabacillus kann weder gezüchtet noch inoculirt werden, aber dennoch zweifelt Niemand daran, dass er die Krankheit hervorruft.

Während in Betreff der Schankerwunden zahlreiche, völlig übereinstimmende Untersuchungen, die alle das Vorhandensein des Bacillus sowohl im Eiter aus denselben in den Wundwänden (Schnitt) und den Inoculationspusteln, bestätigen, sind die Mittheilungen, welche über dessen Verhältniss zu den Bubonen

---

[1]) Centralblatt f. Bakter. Juni 1893.
[2]) Archiv gen. de med. August 1893.
[3]) Comm. clin. delle mal. cut. e gen. 1893—94.
[4]) Gazette hebdom. 1893.
[5]) Archiv klin. de Bordeaux. 1893.
[6]) Archiv f. Derm. u. Syph. 1894.
[7]) Verhandl. V. Deutscher Dermat.-Congress in Graz. 1895.
[8]) Ebendaselbst. Ref. in diesem Archiv 1896.
[9]) Emmery und Sabourand. Annales de dermat. p. 198. 1896.
[10]) Krefting. Extragenitale Ulcera mollia. 7 Fälle. Norsk. Mag. for Laegev. 1896 p. 158.

vorliegen, ziemlich spärlich. Was die nicht virulenten Bubonen betrifft, sind jedoch alle Untersucher darüber einig, dass in diesen weder Ulcus molle-Bacillen noch andere Mikroben nachgewiesen werden können.

Nachweis vom Ulcus molle-Bacillus in 2 Fällen von virulenten Bubonen sind von mir schon im Jahre 1892 in diesem Archiv mitgetheilt worden.

Der eine dieser Fälle war besonders merkwürdig, indem bei demselben Patienten sich in der einen Leiste ein virulenter und in der anderen ein nicht virulenter Bubo befand.

In den „Annales de derm. et syph. 1893 pag. 837" wurde ein dritter Fall mitgetheilt, woselbst ich ausser im Buboeiter und den hiermit hervorgerufenen Inoculationspusteln, nach Unna's Methode die Bacillen auch in Schnittpräparaten von excidirten Stücken der Bubowand, nachwies. In demselben Jahre kamen Dubreuilh und Lasnet's[1]) Untersuchungen einer grossen Anzahl von Bubonen während einer Ulcus molle-Epidemie in Bordeaux. Die Genannten kamen ebenfalls zu einem positiven Resultat und schreiben die Virulenz dem Vorhandensein des „bacille de Ducrey" zu.

„Von dem Augenblick an, da der Bacillus nachgewiesen werden kann, ist der Eiter virulent und inoculabel."

In den nicht virulenten Bubonen fanden diese Forscher auch keine Mikroben.

In einer kurzen Zeit — vom 12. Januar bis 11. August 1893 — haben dieselben observirt:

136 Fälle von Bubonen, von denen 27 resorbirt wurden, ohne sich zu öffnen. 43, die geöffnet wurden, waren nicht virulent. 51 wurden nach dem Oeffnen virulent, waren es aber nicht gleich. 12 Fälle, die sich von selbst geöffnet hatten, ehe die Patienten ins Hospital gebracht wurden, waren sämmtlich virulent. 3 Fälle waren virulent vom ersten Tage an.

Es scheint eine sehr intensive Epidemie gewesen zu sein, sowohl mit häufig vorkommenden Fällen von Bubonen als auch intensiven Fällen, indem von 109 Fällen, die sich öffneten oder geöffnet wurden, 69 virulent waren.

[1]) Archives cliniques de Bordeaux. 1893. Nr. 10 und 11.

Spietschka aus Prag, der in diesem Archiv im Jahre 1894 eine Reihe Untersuchungen von Bubonen, 46 Fälle, mitgetheilt hat, hat nur 2 Mal gesehen, dass der Bubo schankrös wurde und beide Male nach dem Oeffnen. Sowohl im Wundsekret als auch in den hiermit hervorgerufenen Inoculationspusteln konnten die Bacillen nachgewiesen werden. Der Verfasser legt jedoch diesen beiden Fällen keine Bedeutung bei, da er die Möglichkeit nicht ausschliessen kann, dass eine von Aussen kommende Infection die Ursache ihres Schankröswerden gewesen sein kann.

Ich möchte jedoch geneigt sein zu glauben, dass dies nicht der Fall gewesen ist, da es nicht so selten geschieht, dass die Virulenz und damit der Bacillus erst nach dem Oeffnen des Bubos [1]) auftritt, welches auch mit Dubreuilh's Untersuchungen stimmt. Für Dubreuilh ist es Regel gewesen, dass der Bubo im Augenblicke des Oeffnens nicht virulent war. Nur 3 Mal fand er „virulence d'emblée".

Wenn man im Uebrigen die Fälle von Dubreuilh, wo über die Hälfte virulent war, und Spietschka's 46 Fälle, von denen nur 2 virulent wurden, vergleicht, bekommt man den Eindruck, dass das Virus in Bordeaux sich am Intensität sehr von dem Virus in Prag unterscheiden musste.

Jeder, der Inoculationsversuche vorgenommen hat, wird auch erfahren haben, dass der Anschlag in Bezug auf Intensität bedeutend variiren kann, gleichwie man erfahren haben wird, dass die Bacillen in grösster Menge vorhanden sind, wenn der Anschlag lebhaft ist. [2]) Wenn die Angaben mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Bubonen, zumal der virulenten Bubonen, aus den verschiedenen Städten so abweichend sind, muss man annehmen, dass dies von Abweichungen im Charakter der Epidemien herrührt.

---

[1]) In meiner, im Jahre 1892 in diesem Archiv mitgetheilten Arbeit habe ich etwas übereilt angenommen, dass ein von Anfang an nicht virulenter Bubo nicht virulent wird, ohne dass er von aussen inficirt wird. Später habe ich selbst Gelegenheit gehabt, einen Fall zu beobachten, wo die Virulenz erst 3 Tage nach dem Oeffnen eintrat.

[2]) „Die Menge der Bacillen steht im Verhältniss zur Intensität des Ausschlags." Krefting. Annales de dermat. et syph. 1893 p. 838.

Aus Breslau liegen jetzt auch Untersuchungen von virulenten Bubonen mit positivem Resultat von Buschke[1]) vor, der in 9 von den untersuchten 36 Fällen die Bacillen fand, die er auch in Schnittpräparaten vom Düsenparenchym nachweisen konnte.

In sämmtlichen 9 Fällen war der Eiter im Augenblicke des Oeffnens inoculabel, aber der Verfasser gibt zu, dass es Fälle gibt, wo der Bubo erst mehrere Tage nach dem Oeffnen schankrös wird und erklärt es auf die Weise, dass die im Eiter vorhandenen Bacillen todt sind, dass aber das in der Tiefe noch nicht zerfallene Drüsengewebe die virulenten Mikroben enthält, die das Schankröswerden veranlassen. Raff,[2]) auch aus Breslau, berichtet von Jadassohn's Abtheilung von 22 Fällen von Bubonen nur 2 Fälle virulenter Bubonen, die dasselbe Verhältniss wie Buschke's 9 Fälle zeigten. In den übrigen 20 Fällen ergab sowohl die mikroskopische als auch die bakteriologische Untersuchung ein negatives Resultat (steriler Eiter).

In Wien fand Rille[3]) von 100 Fällen 9 mit inoculablem Eiter, mit Bacillen, die auch in excidirten Drüsenstücken und excidirten Impfgeschwüren nachgewiesen werden konnten. Er bekam auch stets Anschlag mit Materie, die unmittelbar nach dem Oeffnen genommen worden.

Im Uebrigen hat Rille eine Statistik der Anzahl der Haftungen nach Impfungen mit Buboeiter gesammelt.

Unter 2117 Inoculationen, von 22 Autoren vorgenommen, befinden sich 609 Haftungen, also 28%.

Im Anschluss an diese verhältnissmässig wenigen vorliegenden Mittheilungen über den Fund des Ulcus molle-Bacillus in virulenten Bubonen will ich in Kürze meine fortgesetzten Untersuchungen erwähnen, die übrigens nicht Neues ergeben, sondern nur bestätigen, was früher mitgetheilt worden. In den Jahren 1895 und 1896 habe ich unter meiner

---

[1]) Verhandl. des V. deutschen Dermatologen-Congresses Graz. 1895. Ref. in diesem Archiv 1896. XXXIV. 24.

[2]) V. Dermat.-Congr. In diesem Archiv Bd. XXXIV p. 121.

[3]) Daselbst.

Privatclientel 143 Fälle von Ulcus molle behandelt, wovon 27 Fälle mit Bubonen complicirt waren — also nur 19%.

Ich habe hier nur die Fälle mitgerechnet, die geöffnet werden mussten. Sämmtliche Fälle wurden, mit Ausnahme eines virulenten Falles, wo der Patient wegen hochgradiger Schmerzen einige Tage zu Bette lag, ambulatorisch behandelt und die Patienten gingen mit Stärkebandagen herum. Unter diesen 27 Fällen waren 7 virulent mit inoculablem Eiter.

Wenn Virulenz vorhanden war, wurde nie vergeblich nach Bacillen gesucht.

In einem dieser 7 Fälle trat die Virulenz erst 3 Tage nach dem Oeffnen auf.

Im Uebrigen bieten diese Fälle nichts von dem obenerwähnten Abweichendes dar. Die Zahlen sind leider allzu klein, als dass es eine Bedeutung haben könnte, den Procentsatz der Virulenz auszurechnen, der hier 26% war.

Diese Zahl entspricht jedoch ziemlich genau der Durchschnittszahl, welche Rille von aller vorliegenden Inoculationsstatistik ausgerechnet hat, nämlich 28%.

Die übrigen 20 Fälle enthielten sterilen Eiter, es konnten weder durch mikroskopische Untersuchungen noch durch Züchtungsversuche Mikroben nachgewiesen werden. Ich will den Platz hier nicht zu sehr in Anspruch nehmen, in dem in diese meine Fälle näher referire, aber diese, sowie früher beobachtete haben mich dazu gebracht, einige allgemeine Betrachtungen, sowie einen Vergleich zwischen virulenten und nicht virulenten Bubonen vom klinischen Standpunkt anzustellen.

Weshalb bekommt man Bubonen nach Ulcus molle?

Obschon es von besonderer Bedeutung für die Prophylaxe der Bubonen sein müsste, hierüber Gewissheit zu bekommen, muss doch diese Frage leider dahin beantwortet werden, dass man den Grund nicht kennt. Freilich werden verschiedene Gelegenheitsursachen angegeben, aber dieselben spielen keine entscheidende Rolle.

Gleichwie man beobachten kann, dass die hartnäckigsten und virulenten Bubonen sich bei einem Patienten entwickeln können, der ganz ruhig in einem Hospital liegt, sieht man auch. dass keine Bubonen bei Patienten mit Ulcus molle kommen, die gehen, stehen und den ganzen Tag hart arbeiten.

Dass die Bildung von Bubonen von der Grösse der ursprünglichen Wunden nicht abhängt, geht aus meinen Fällen hervor. Ich habe gerade hierauf meine Aufmerksamkeit gerichtet und gefunden, dass die ursprünglichen Wunden in der Regel verhältnissmässig klein und wenig umsichgreifend sind und verhältnissmässig schnell zuheilen in den meisten Fällen, wo sich Bubonen entwickeln.

In einem dieser meiner Fälle von virulenten Bubonen hatte ich die ursprüngliche Schankerwunde exstirpirt. Die Operationswunde heilte pr. primam und dennoch entwickelte sich ein virulenter Bubo.

In einem anderen Falle entwickelte sich ein virulenter Bubo 14 Tage nach dem Zuheilen der ursprünglichen Wunde. Solche Fälle werden von vielen erwähnt.

Bei den meisten der von mir beobachteten Fälle haben die ursprünglichen Wunden ihren Sitz am Frenulum gehabt und dasselbe perforirt und abgefressen. Vielleicht ist das Frenulum eine Localisation, von der aus es dem Lymphstrom am leichtesten fällt, die Bacillen nach den Leistendrüsen zu führen. Das Frenulum als die der Infection am meisten ausgesetzte Stelle ist jedoch so oft der Sitz weicher Schankerwunden, ohne dass Bubonen kommen, dass auch dieses Verhältniss nicht erklären kann, weshalb die Bubonen kommen.

Von den 143 Fällen von Ulcera mollia aus meiner Privatpraxis, die ich hier erwähnt habe, waren nur 27 Fälle mit Bubonen complicirt — ca. 19%.

Berichte aus Hospitälern zeigen selbstredend einen viel grösseren Procentsatz von Bubonen im Verhältniss zu den behandelten Fällen von Ulcus molle, da vorzugsweise die complicirten Fälle das Hospitel aufsuchen.

Nach Dubreuilh ist ca. die Hälfte der im Hospital behandelten Fälle mit Bubonen complicirt. Jullien hat eine

Statistik über 2698 Fälle von Ulcus molle, wovon 57% mit Bubonen complicirt waren.

Petersen in St. Petersburg hat eine Statistik über 4275 Fälle mit einer Häufigkeit von Bubonen von 39%.

Neumann hat auf 2696 Fälle von Ulcus molle 41% mit Bubonen complicirt. Ungefähr denselben Procentsatz hat v. Zeissl. Ebensowenig wie man die Frage, weshalb überhaupt Bubonen kommen, beantworten kann, ebenso wenig kann man erklären, weshalb einige Bubonen virulent werden, während der grösste Theil nicht virulent wird, ungeachtet die ursprünglichen Wunden in sämmtlichen Fällen keinen Unterschied zeigen.

Eins scheint jedoch sicher zu sein: damit Virulenz zu Stande kommen soll, muss der Ulcus molle-Bacillus die Lymphbahnen bis zu den Drüsen passiren.

Was dagegen den sterilen, nicht inoculablen Eiter in den nicht virulenten Bubonen hervorruft, weiss man nicht. Bis auf Weiteres muss man sich mit der Hypothese über die Stoffwechselproducte der Mikroben, die Eiterung ohne Bakterien hervorrufen können sollen, begnügen.

Die Häufigkeit der virulenten Bubonen.

Die Angaben über die Häufigkeit der virulenten Bubonen im Verhältniss zu den nicht virulenten, variirt, wie man sieht, bedeutend.

Während Dubreuilh aus Bordeaux, wenn nur die geöffneten Bubonen mitgerechnet werden, 68% virulente hat, sind die Angaben aus Breslau, wenn man Buschke und Raff's Fälle zusammen legt, 19%. Aus Prag nach Spietscha nur 4%. Aus Wien nach Rille nur 9%. Nach meinen Fällen von früher und jetzt sollte das Verhältniss ca. 25% sein.

Ich habe mit Willen hier nur Untersuchungen mitgenommen, die nach der Entdeckung des Bacillus vorliegen.

Wie man sehen wird, sind diese Zahlen bedeutenden Schwankungen unterworfen, nicht nur an den verschiedenen Orten, sondern auch in derselben Stadt, indem Buschke und Raff aus Breslau resp. 25% und 8% haben.

Wenn das Verhältniss mit Bezug auf die Virulenz so bedeutend variiren kann, ist es auch nicht so seltsam, dass einzelne Untersucher, die eine Serie von nicht virulenten Bubonen treffen, sich dazu verleiten lassen können, die Existenz der virulenten Bubonen zu leugnen. Im Allgemeinen sind die virulenten Fälle nicht gleichmässig vertheilt zwischen den nicht virulenten, sondern sie kommen nacheinander.

Wenn die Abweichungen mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Virulenz nicht recht bedeutend sind, so kann dies ja nur auf einem Zufall beruhen.

Die Untersuchungsserie ist nicht gross genug gewesen; aber wenn die Abweichungen so gross sind wie zwischen Dubreuilh's 68% aus Bordeaux und Spietschka's 4% aus Prag, muss man annehmen, dass dieses gewissen Verhältnissen beim Virus zuzuschreiben ist, die der Epidemie ihr Gepräge geben dürften.

Als Ausdruck eines beständigen Ab- und Zunehmens in der Intensität des Virus kann das bekannte periodenweise, plötzlich epidemische Auftreten der Krankheit in verschiedenen Städten [1]) genannt werden, während sie zu anderen Zeiten beinahe aussterben kann. Während die Anzahl der Fälle von Syphilis und Gonorrhoe freilich bedeutend wechseln kann, sind diese Krankheiten doch nicht solchen plötzlichen Schwingungen unterworfen wie Ulcus molle.

Man hat gesagt, dass die grössere oder geringere Häufigkeit von Ulcus molle ein besonderer Indicator für eine schlechte oder gute Controle sein sollte. Dies ist auch bis zu einem gewissen Grade richtig, insofern als diese Krankheit sich verhältnissmässig leicht controliren lässt, aber es sind doch auch gewiss andere unbekannte Verhältnisse in Betreff der Intensität und Lebensfähigkeit des Virus vorhanden, die eine grosse Rolle spielen und von der Controle unabhängig sind. Hier aus Christiania hat W. Boeck unter seiner Syphilisationsbehandlung gute Beweise dafür geliefert, wie das Virus förmlich aussterben

[1]) Ulcus molle scheint besonders epidemisch aufzutreten in Seestädten, wo alsdann besonders die Seeleute anscheinend neuen und frischen Virus von dem einen Ort zum andern bringen.

konnte — es verlor seine Virulenz — selbst wenn es fortwährend von einem Individuum auf andere geführt wurde.

Wenn der Christianiafjord durchs Eis geschlossen war und keine Fahrzeuge kommen und mit ihnen Seeleute mit neuem Import von Ulcera mollia, konnte es geschehen, dass es unmöglich war, Virus in der Stadt aufzutreiben.

Der klinische Unterschied zwischen nicht virulenten und virulenten Bubonen.

Ich will diese kurze Mittheilung nicht schliessen ohne den grossen klinischen Unterschied zwischen virulenten und nicht virulenten Bubonen, sowohl mit Rücksicht auf Symptome als auch Verlauf, zu pointiren. Schon ehe der Bubo sich öffnet oder geöffnet wird, kann man eine ziemlich sichere Vermuthung haben, ob er virulent wird oder nicht. Geht das Hinschmelzen des Drüsengewebes schnell vor sich, ist wenig Empfindlichkeit, nicht besonders intensiver Rubor der Haut über demselben vorhanden, kann man mit ziemlich grosser Sicherheit die Diagnose nicht virulenter Bubo stellen. Macht man Probepunction und hat der ausgezogene Eiter ein grauliches, halb schleimiges Aussehen, kann man ohne noch Bacillen zu suchen, mit Sicherheit den Fall als nicht virulent ansehen. Nach dem Oeffnen zeigen diese Bubonen auch ein charakteristisches Verhalten. Die Secretion nimmt schnell ab. Die Wundränder werden nicht angefressen und heilen oft sehr schnell, oft innerhalb 8 Tagen. Ausnahmsweise kann bei scrophulösen Patienten die Drüsenanschwellung sich sehr lange halten und die Theilung lange Zeit in Anspruch nehmen mit Bildung von Senkungen und Fisteln.

Ein grosser Theil der nicht virulenten Bubonen werden resorbirt, ohne dass sie sich öffnen oder geöffnet werden, was nie mit den virulenten geschehen kann.

Entwickelt sich dagegen der Bubo schnell mit grosser Empfindlichkeit und intensivem Rubor in der Haut, so kann die Entwicklung eines virulenten Bubos befürchtet werden. Wenn er nicht incidirt wird, wird er sich schnell durch die Haut fressen, während die nicht virulenten sehr

lange stehen können ohne durchzubrechen, selbst wenn die Haut über denselben sehr dünn ist.

Der Buboinhalt unterscheidet sich auch vom Inhalt des nicht virulenten Bubos, indem er gewöhnlich eine schmutzige Chocoladenfarbe besitzt.

Wenn ein solcher Bubo durch Incision geöffnet ist, wird es auch nicht lange dauern, bis die scharfen Wundränder angefressen werden und ein charakteristisches chancröses Aussehen annehmen. Mit Rücksicht auf die Dauer der Behandlung besteht auch ein grosser Unterschied zwischen den nicht virulenten und den virulenten Bubonen.

Während die ersteren gewöhnlich (wenn sie nicht mit Scrophulose complicirt werden) überaus schnell nach dem Oeffnen zuheilen, ja sogar nicht selten, selbst nachdem das Drüsengewebe in grosser Ausdehnung weich geworden, zurückgehen ohne sich zu öffnen, nimmt die Behandlung der virulenten stets ziemlich lange Zeit in Anspruch, bei beliebiger Behandlung.

Wenn diese Patienten den ganzen Tag gehen oder stehen sollen, wie bei mehreren meiner obenerwähnten Fälle, zieht die Behandlung sich selbstredend etwas mehr in die Länge, als wenn sie im Hospital behandelt werden oder sich absolut ruhig verhalten; aber unter allen Umständen erfordert die Behandlung eine ziemlich lange Zeit.

Wenn in der Literatur verschiedene Mittheilungen über schnelle, zum Theil abortive Behandlungsmethoden für Bubonen erschienen sind, so ist nicht genügend Rücksicht darauf genommen worden, inwiefern der Bubo virulent war oder nicht.

Trifft man eine Serie nicht virulenter Bubonen und benutzt eine beliebige Behandlung, wird man stets glänzende Resultate erzielen.

Behandlung.

Nach meiner geringen Erfahrung scheint den virulenten Bubonen gegenüber die eine Methode nicht sonderlich besser als die andere zu sein.

Wo man Jodoform gebrauchen kann, ist solches sicherlich das beste Mittel, aber ich habe es des Geruches wegen nur ausnahmsweise bei meinen Patienten gebrauchen können.

Ich habe nur grosse Incisionen und Auslöfflung sowie Entfernung von unterminirten Hautpartien vorgenommen. Ab und zu Aetzungen mit rauchender Salpetersäure.

Verbinden mit Dermatol, Salicylwatte sowie Stärkebinde, die ein paar Mal wöchentlich gewechselt wurde.

Die rationellste und wirksamste Behandlungsmethode ist Welander's Wärmebehandlung, die auf dem Factum basirt ist, dass das Virus bei verhältnissmässig niedriger Temperatur ca. 40° getödtet wird.

Leider erfordert diese Methode so viele Apparate, dass dieselbe nur für Hospitalsbehandlung passt.

Das Verhältniss der virulenten Bubonen kann somit in wenigen Zeilen resumirt werden:

1. Die Häufigkeit der virulenten Bubonen im Verhältniss zu den nicht virulenten scheint bedeutend zu variiren.

2. Die Virulenz wird vom Vorhandensein des Ulcus molle Bacillus bedingt.

3. Die Virulenz und somit auch der Bacillus sind gewöhnlich vor dem Oeffnen des Bubos vorhanden (bubon virulent d'emblée), können aber auch kommen, nachdem er geöffnet ist (bubon virulent consecutivement).

4. Die Differentialdiagnose zwischen virulentem und nicht virulentem Bubo kann im Allgemeinen mit ziemlich grosser Sicherheit gestellt werden, ehe derselbe geöffnet wird.

Der klinische Unterschied zwischen nicht virulentem und virulentem Bubo lässt sich folgendermassen schematisiren:

Nicht virulenter Bubo.	**Virulenter Bubo.**
Das Hineinschmelzen des Drüsengewebes geht langsam vor sich.	Das Hinschmelzen geht schnell vor sich.
Geringe Empfindlichkeit. Wenig ausgesprochener Rubor der Haut über dem Bubo.	Starke Empfindlichkeit. Intensiver Rubor.
Der Inhalt ist von graulichem, schleimigem Aussehen.	Der Inhalt ist gewöhnlich schmutzig, chocoladenfarbig.
In demselben lassen sich keine Mikroben nachweisen, weder mikroskopisch noch durch Züchtungsversuche.	Der Ulcus molle-Bacillus lässt sich nachweisen, wennschon in spärlicher Anzahl.
Die Rundzellen färben sich schlecht.	Die Rundzellen färben sich.
Kann zurückgehen, ohne sich zu öffnen oder geöffnet zu werden.	Geht niemals zurück, ohne sich zu öffneu oder geöffnet zu werden. Wenn er nicht incidirt wird, wird die Haut schnell von selbst perforirt.
Nach dem Oeffnen nimmt die Secretion schnell ab.	Nach dem Oeffnen reichliche purulente Secretion.
Die Wundränder nach der Incision werden nicht angefressen.	Die Wundränder werden angefressen gleichwie die ganze Bubohöhle das Aussehen einer grossen Schankerwunde annimmt.
Die Heilung geht sehr schnell, oft innerhalb 8 Tagen.	Die Heilung geht sehr langsam und nimmt oft Wochen und Monate.

Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik von Prof. F. J. Pick in Prag.

Ueber extragenitale Syphilisinfection.

Von

Dr. **Friedrich Bloch,**
Secundärarzt der Klinik.

Bei dem extragenitalen Sitz des syphilitischen Primäraffectes ist es der Umstand, an ganz ungewöhnlicher Stelle den syphilitischen Initialaffect zu finden, was die richtige Beurtheilung dieser sowohl in praktisch diagnostischer, wie in forensischer Beziehung interessanten Fälle sehr erschwert und manchmal den Primäraffect ganz übersehen, oder eine andere Erkrankung diagnosticiren lässt. Weniger gilt dies von dem extragenitalen Sitz der Sclerose im Bereiche solcher Stellen, wo die Localisation doch noch zu den häufigeren gehört, wie z. B. an den Lippen, wohl aber von den Fällen, bei welchen die Sclerose an Stellen vorkommt, wo sie nur sehr selten oder noch gar nicht beobachtet wurde, während doch eine jede der Infection zugängliche Stelle des menschlichen Körpers der Sitz des syphilitischen Primäraffectes sein kann.

Wenn auch schon eine beträchtliche Anzahl von Fällen extragenitaler Sclerosen publicirt wurde, so erscheint trotzdem noch immer das Studium der Symptome und ätiologischen Momente der extragenitalen Syphilisinfection sehr interessant, sowohl vom rein wissenschaftlichen, als auch vom praktischen Standpunkt und insbesondere auch vom Standpunkte der socialen Prophylaxe von hohem Interesse, weil es nicht allein die Verbreitungswege der Syphilis, sondern auch die Art und Weise der Uebertragung des syphilitischen Contagium kennzeichnet und gleichzeitig auf Massnahmen hindeutet, welche sich als

höchst nothwendig erweisen, um die Verbreitung dieser Krankheit zu verhindern.

Wenn in früherer Zeit die Fälle extragenitaler Infection als etwas sehr seltenes galten, so verlassen sie leider gegenwärtig das Gebiet der „Raritäten" und gelangen immer häufiger zur Beobachtung.

Ich wurde zu vorliegender Arbeit veranlasst, weil von unserer Klinik schon seit längerer Zeit keine Zusammenstellung extragenitaler Infectionen stattgefunden hat, und wir gerade in der letzten Zeit in der Lage waren, eine grössere Reihe von Fällen zu beobachten, bei denen durch mannigfach unterlaufende Umstände der Initialaffect sich an ganz aussergewöhnlichen Orten der allgemeinen Hautdecke entwickelt hat und es wünschenswerth erscheint, über die Häufigkeit der extragenitalen Infection in den verschiedenen Ländern orientirt zu werden und die Statistik wie sie Bulkley,[1]) in so ausgezeichneter Weise inaugurirt hat, zu fördern.

Im Folgenden werde ich meine Fälle, einschliesslich der seinerzeit von Plumert[2]) und Baum[3]) publicirten, nach der Häufigkeit der Localisation angeordnet, mittheilen und einige kurze zusammenfassende Bemerkungen anschliessen.

Meine Zusammenstellung umfasst einen Zeitraum von 11 Jahren, vom Jahre 1885 bis inclusive 1895, anschliessend an die seinerzeit von Baum[4]) publicirten Fälle.

I. Primäraffecte an den Mundlippen.

a) An der Oberlippe. 14 Fälle.

1. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lues maculosa. Lymphadenitis sclerotica universalis praecipue submentalis et submaxillaris.

---

[1]) Bulkley. Syphilis in the Innocent. 1894. New-York.

[2]) Plumert. Einige Fälle vom abnormen Sitz der primären Affection bei Syphilis. Wiener medic. Zeitung.

[3]) Baum. Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der extragenitalen Initialsclerose. Archiv f. Derm. u. Syph. 1885 p. 97.

[4]) s. o.

S. L., 30jährige Musikersfrau. Die Oberlippe ist stark geschwollen; in der Mitte derselben eine $2\frac{1}{2}$ Cm. grosse Exulceration, ihre Ränder scharf begrenzt, die Basis stark sclerosirt. Sämmtliche Drüsen, insbesondere die submentalen und submaxillaren vergrössert, hart. Am Körper ein Fleckensyphilid. Pat. ist von ihrer eigenen Schwester inficirt, die schon durch 2 Jahre an Syphilis leidet. Der behandelnde Arzt warnte unsere Pat. zum öfteren; sie brauchte jedoch keine weitere Vorsicht und benützte dieselben Ess- und Trinkgeschirre. Pat. hatte lange Zeit hindurch an der betreffenden Stelle eine Rhagade, aus der sich allmälig das Ulcus entwickelte.

2. Primärsclerose an der Oberlippe. Adenitis universalis.

W. J., 26jähriger Kellner, zeigt in der Medianlinie der Oberlippe einen harten Knoten von der Grösse einer kleinen Haselnuss. Sämmtliche Drüsen namentlich am Halse multipel geschwellt.

Pat. gibt erst über öfteres Inquiriren an, dass er Lippen und Zunge mit den Genitalien seiner Geliebten, einer Prostituirten in Berührung gebracht habe.

3. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lymphadenitis submaxillaris sclerotica.

A. W., 21jährige Dienstmagd, eingetreten am 14. Juli 1880.

In die Substanz der Oberlippe findet sich ein dieselbe durchsetzender, haselnussgrosser Knoten eingelagert, der an der Oberfläche mit speckigem Belage versehen, gegen die Umgebung scharf abgegrenzt ist. Die Submaxillardrüsen beiderseits hart, fast wallnussgross. Infectionsmodus ist nicht zu eruiren.

4. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lues condylomatosa. Scleradenitis universalis.

M. P., 19jähr. Kellnerstochter. Eingetreten am 21. April 1887. Die Oberlippe ectropionirt, in der Mitte derselben sitzt ein circa 2 Cm. im Durchmesser haltendes Geschwür, dessen Basis indurirt erscheint. Sämmtliche zugängliche Lymphdrüsen tastbar, sclerosirt. An den Genitalien exulcerirte Papeln. Pat. wurde von ihrem Geliebten inficirt. Ihr Leiden begann mit der Bildung eines kleinen Knötchens an der Oberlippe, das allmälig exulcerirte und bis zur gegenwärtigen Grösse heranwuchs.

5. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lues cutanea papulosa. Lymphadenitis sclerotica submaxill. et inguinalis.

R. D., 30jähr. ledige Dienstmagd. Eingetreten am 14. Nov. 1885.

An der ectropionirten Oberlippe sitzt etwas nach links von der Mittellinie ein fast zehnhellergrosses Geschwür, dessen Grund mässig indurirt erscheint. Die submaxillaren Drüsen sind multipel geschwellt, hart. An den Genitalien exulcerirte Papeln.

Pat. wurde von ihrem Geliebten inficirt. Ihr Leiden begann mit der Bildung eines kleinen Knötchens an der Oberlippe. An dieser Stelle wurde Pat. von ihrem Geliebten, der mit Lues condylomatosa im Krankenhaus lag, geküsst.

6. Initialaffect an der Oberlippe. Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen.

J. M., 23jähr. Mediciner. Eingetreten am 13. März 1886. In der Medianlinie der Oberlippe findet sich ein haselnussgrosser Knoten, dessen Basis indurirt erscheint. Die submaxillaren Lymphdrüsen sind beiderseits haselnussgross geschwellt.

Der Pat. gibt an, dass er ursprünglich an der betreffenden Stelle eine Rhagade bemerkt habe, die er öfters aufriss; seit 2 Wochen bemerkt Pat. das Auftreten eines Knötchens, das immer grösser wurde und allmälig exulcerirte. Letzter Coitus vor 4 Wochen.

7. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lues condylom. Papulae exulc. ad tonsillas. Adenitis universalis praecipue submaxillaris.

Qu. M., 19jähr. Maler. Eingetreten am 30. März 1889.

Es fand sich in der Medianlinie der Oberlippe ein derber Knoten von der Grösse einer kleinen Wallnuss. Derselbe war mit der äusseren Haut verlöthet, durchsetzte die Muskelpartie und ragte noch ein wenig über die Schleimhaut an der Innenfläche empor. Die submaxillaren Drüsen multipel geschwellt bis zu Bohnengrösse. An der Schleimhaut der Tonsillen exulcerirte Papeln.

Pat. über sein Leiden aufgeklärt, gibt im Verlaufe seines Spitals-Aufenthaltes an, dass er Lippen und Zunge mit den Genitalien seiner Geliebten, die eine Prostituirte war, in Berührung gebracht habe. Die jetzige Affection soll in Form eines Knötchens begonnen haben.

8. Sclerosis initialis ad labium super. oris. Adenitis submaxill. sinistra sclerotica.

M. P., 30jähr. lediger Bahnbeamter, trat am 17. August 1889 in die Klinik ein.

An der Medianlinie der Oberlippe, u. zw. am Uebergang des Lippenroth in die Schleimhaut, zeigte sich eine 1 Cm. im Durchmesser messende papelförmige Erhebung von Bohnengrösse. Das Gewebe um dieselbe von charakteristischer Härte. Die Drüsen in der Submaxillargegend geschwellt, hart. Pat. bemerkt seine Oberlippenaffection seit 3 Wochen. Ueber die Entstehung des Geschwürs weiss der Kranke nichts anzugeben.

9. Sclerosis initialis labii superioris oris. Adenitis submaxillaris bilateralis sclerotica.

P. M., 22jähr. Dienstmädchen, kam am 13. März auf die Klinik. Fast in der Mitte der geschwollenen und ectropionirten Oberlippe findet man eine indurirte, eiförmige Stelle, deren Oberfläche des Epithels beraubt ist. Der Grund infiltrirt, von derber Consistenz. Die submaxill. Drüsen beiderseits geschwollen, derb, gegen Druck unempfindlich. Die

Pat. bemerkt seit 14 Tagen die Affection an der Oberlippe, die in Form eines Knötchens begonnen haben soll. Der Modus der Infection konnte in diesem Falle nicht eruirt werden.

10. Primär-Sclerose der Oberlippe. Schwellung der regionären Lymphdrüsen.

W. S., 10 Monate alte Giesserstochter, wird von ihrer Tante am 29. October 1891 auf unsere Klinik gebracht.

Das für sein Alter schwächlich entwickelte und schlecht genährte Kind trägt in der Medianlinie der Oberlippe einen ungefähr haselnussgrossen Knoten, der sich knorpelhart anfühlt und an der Oberfläche exulcerirt erscheint. Die submaxillaren Drüsen der rechten Seite bilden ein kleinapfelgrosses, hartes Packet. Die Affection an der Oberlippe besteht seit 2 Monaten; es bildete sich ein kleines Bläschen an der betreffenden Stelle, das später exulcerirte und allmälig in das jetzt vorhandene Geschwür sich umwandelte. Die Mutter der Pat. hatte vor einigen Monaten eine fieberhafte Krankheit durchgemacht, der später eine Halsentzündung und nässende, entzündete Stellen an den Lippen und an den Mammen folgten, während sie das Kind nährte. Die Begleiterin des Kindes wird beauftragt, die Mutter der kleinen Pat. mitzubringen. Seit dieser Zeit war jedoch der Fall unseren Augen entschwunden, indem weder Mutter noch Kind sich vorstellten.

11. Ulcus scleroticum labii superioris oris. Lymphadenitis sclerotica sub- et retromaxillaris, submentalis et colli superficialis.

R. S., 26jähriger Finanzaufseher. Eingetreten am 13. Juli 1892.

Die Oberlippe rüsselartig vorstehend, zeigt gerade in der Mitte der Oberlippe einen derben, scharf begrenzten Tumor, der mit einer blutig-eitrigen Borke bedeckt ist; in der Mitte derselben findet sich eine senkrecht zur Lippe verlaufende Rhagade, die auf ihrem Grunde speckig eitrig belegt erscheint. Nach Ablösung der Borke sieht man die Oberfläche der Sclerose im grösseren Umfang als eitrigen Geschwürsgrund. Die Lymphdrüsen an beiden Unterkieferwinkeln, sowie die submaxillaren und submentalen deutlich tastbar, bis bohnengross, derb; gleiche Veränderungen zeigen die oberflächlichen Lymphdrüsen des Halses, besonders rechts; hier lässt sich dieser Lymphdrüsenkranz bis in die Supraclaviculargrube verfolgen. Der Kranke, der bereits zweimal auf unserer Klinik lag, das erstemal mit Ulcus scleroticum in Sulc. glandis, dann später mit Secundärerscheinungen, gibt an, dass er seit seiner Entlassung aus dem Spital fortwährend gesund gewesen ist. Drei Wochen nach dem letzten Coitus bemerkt Pat. das Auftreten eines kleinen Knötchens an der Oberlippe, das allmälig grösser wurde und zerfiel. Pat. erzählt, dass er an der kritischen Stelle von einer Prostituirten geküsst wurde.

12. Sclerosis initialis labii superioris oris. Lues condylomat. cutan. macul. papul. Scleradenitis submaxill. subment. et nuchalis bilateralis.

T. K., 2[illegible]jährige ledige Kellnerin. Eingetreten am 19. Juli 1893.

Man sieht die Oberlippe stark geschwollen. Rechts von der Medianlinie derselben am Lippenroth beginnend findet sich eine 2 Cm. grosse Ulceration, deren Ränder scharf begrenzt, deren Basis mit Eiter bedeckt erscheint. Das Geschwür fühlt sich sehr hart an; die nächste Umgebung ist auf 1½ Cm. in die Sklerose einbezogen. Die Drüsen in der submaxill., ment. und nuch. Gegend stark geschwellt, manche als taubeneigrosse Tumoren tastbar. Am Stamme ein macul. papulöses Exanthem. Die Pat. gibt an, dass sie sich vor etwa 2 Monaten mit einem von einem Gast bereits benutzten Zahnstocher an der Schleimhaut der Oberlippe verletzte. Diese kleine Läsion heilte nicht, sondern wurde zu einem Geschwür, das trotz Behandlung von Seite eines consultirten Arztes mit einer Tinctur und Argentumstift nicht heilen wollte, weshalb sie von ihrem Arzt auf eine chirurgische Klinik geschickt wurde; von dort wurde sie unserer Ambulanz zugewiesen.

13. **Ulcus scleroticum labii superioris oris. Scleradenitis sub- et retromaxill., cervic., axill., cubitalis bilateralis.**

K. K., ein 7 Jahre altes Mädchen, wird von ihrer Mutter am 10. Jänner 1894 in die Ambulanz unserer Klinik gebracht.

Die Oberlippe der Pat. mässig ectropionirt, zeigt in der Medianlinie eine etwas dunkler geröthete, nur wenig über das Niveau erhabene bis linsengrosse stark infiltrirte Stelle. Die sub- und retromaxillaren Lymphdrüsen bis haselnussgross, pleiadenförmig geschwellt, hart; die cervic. axill. und cubitalen gleichfalls vergrössert, sclerosirt. Die Arcaden zeigen beiderseits Knickungen, sonst am Körper nichts Abnormes. Genitale rein.

Das Kind hat seit ca. 2 Monaten seine Oberlippenaffection, die erst in Form eines Bläschens aufgetreten ist. Als die Mutter der Pat. auf Wunsch meines Chefs den folgenden Tag ihre anderen 2 Kinder mitbrachte, fand man bei dem 9 Jahre alten Bruder der Pat. eine Initialsclerose am rechten Mundwinkel und bei der 13 Jahre alten Schwester unserer Pat. einen Initialaffect am linken Mundwinkel. Auf beide Fälle werde ich noch zu sprechen kommen. Die Aetiologie der Infection war hier vollkommen klar. Eine 20 Jahre alte Schwester A. K. der oben erwähnten Kinder lag im Spital mit Erscheinungen einer floriden Lues. Die Mutter selbst führt die Erkrankung ihrer Kinder zurück auf Infection seitens dieser Schwester, mit der die Kinder in einem Bette schliefen.

14. **Sclerosis initialis ad labium super. oris Lues condylomat. cut. papul., pustulos., ulcerosa. Scleradenitis universal. praecipue submaxillaris dextra.**

M. B., 21j. ledige Näherin. Eingetreten am 14. August 1895.

An der Oberlippe u. z. am Filtrum findet sich ein circa 1 Cm. breites, die rechte Hälfte der Oberlippe einnehmendes, zum Theil in der Haut, zum Theil im Lippenroth sitzendes Infiltrat, das an seiner Oberfläche mit einer eitrigen Borke bedeckt ist. Nach Abnahme derselben sieht man ein oberflächliches schüsselförmiges Geschwür mit wallartig aufgeworfenen

Rändern; unter dem rechten Kieferrande eine etwa faustgrosse Geschwulst, dem submaxillaren Drüsenpaket angehörend; über dem centralen Theile derselben die Haut geröthet; die Geschwulst an ihrer Kuppe deutlich fluctuirend; die übrigen Drüsen sclerosirt.

Ueber den ganzen Stamm, die Extremitäten und das Gesicht ausgebreitet ein papulo-pustulöses Syphilid.

P. gibt an, dass sie zuerst u. z. 6 Wochen vor ihrem Spitalseintritt eine Anschwellung unter dem rechten Kieferwinkel und eine Woche später die Affection an der Oberlippe bemerkt habe. Diese trat in Form einer Pustel auf, welche aufbrach und allmälig an Grösse zunahm. Ueber die Entstehung weiss P. keinerlei Angaben zu machen, doch gibt sie zu, dass sie sehr oft Rhagaden an der Oberlippe habe. Im Laufe des Aufenthaltes der P. auf der Klinik nimmt das Exanthem an Intensität zu, es treten Ulcera an den Tonsillen auf; zwei Wochen nach ihrem Spitalseintritt kommt es unter dem rechten Knie allmälig zur Bildung eines scharfrandigen Geschwürs mit speckig belegtem Grunde; am Ende der 3. Woche hatte dasselbe bereits die Grösse eines Guldenstückes erreicht; die Sclerose an der Oberlippe, die bereits überhäutet war, ist neuerdings aufgebrochen, nimmt serpiginösen Charakter an; an den oberen Extremitäten treten neue ulceröse Herde auf.

Beginnend vom primären Geschwür an der Oberlippe, durchlief der Process bei dieser Kranken mit rapider Geschwindigkeit alle Phasen der malignen Syphilis. Schon beim Beginn der Sclerose stellte sich eine Suppuration der rechten Submaxillardrüse ein. Zwei Monate, nachdem die P. die Sclerose bemerkt hate, kam es zum Auftreten eines papulösen Exanthems, zugleich zerfiel die Sclerose neuerdings und entwickelten sich zahlreichen Hautgummen.

b) **An der Unterlippe.** 31 Fälle.

16. Ulcus scleroticum labii inferioris oris. Lues cutanea maculosa. Scleradenit. submaxill.

L. L., 21j. lediger Commis.

Zwei Centimeter vom rechten Mundwinkel entfernt findet sich an der Unterlippe ein kreuzergrosses Geschwür mit speckigem Belag. Die Basis des Geschwürs von charakteristischer Härte. Die Drüsen in der Submaxillargegend geschwellt.

Das Geschwür begann in Form eines Bläschens, das allmälig durch Zerfall seine heutige Grösse erreichte.

Der Infectionsmodus konnte nicht eruirt werden.

17. Sclerosis initialis labii inferioris oris. Lues cutanea maculosa. Scleradenitis regional.

J. J., 4j. Schmiedstochter. Eingetreten am 29. Juni 1880.

Das für sein Alter schlecht entwickelte Kind trägt in der rechten Hälfte der Unterlippe 1 Cm. vom Angulus oris entfernt, einen haselnuss-

grossen Knoten, der sich knorpelhart anfühlt und an der Oberfläche exulcerirt erscheint. Die Submaxillardrüsen derselben Seite sind multipel geschwellt, taubeneigross und indurirt. Auch die Collar- und Cervicaldrüsen tastbar. Ueber den Stamm ist ein maculöses Exanthem verbreitet. Das Kind hatte sich vor etwa 6 Wochen bei einem Sturze mit den Zähnen an der Unterlippe verletzt. Die Wunde, die anfangs stark blutete, bedeckte sich später mit einem Schorfe, der sich wiederholt abstiess und eine nässende Fläche zu Tage treten liess, die sich immer mehr vergrösserte; zugleich nahm die Unterlippe in ihrem Volumen zu und indurirte.

Recherchen nach der Infectionsquelle führten zu einem positiven Resultate. Es ergab sich, dass ein zu wiederholten Malen an unserer Klinik mit Syphilis condylomatosa in Behandlung gewesener Mann zu den Hausgenossen der Familie gehörte und, wie die Mutter des Kindes auf das bestimmteste angab, das Kind nach dem Falle durch Küssen auf die verletzte Stelle zu beruhigen versucht hatte. Kurz nach Spitalseintritt unserer P. stellte sich dieser Mann wieder vor und er bot nebst Condylomen ad anum auch zahlreiche Papulae mucosae an den Lippen dar.

18. Primär-Sclerose der Unterlippe. Schwellung der regionären Lymphdrüsen.

B. H., 24j. ledige Dienstmagd. Eingetreten am 2. März 1881.

Die ganze rechte Hälfte der Unterlippe wird von einem Geschwür eingenommen, das mit einer dünnen, braunrothen Borke bedeckt ist, nur gegen die Mundschleimhaut zeigt es einen speckigen Belag.

Der Grund ist bedeutend resistent. Die rechten Submaxillardrüsen erheblich vergrössert, indurirt.

Die Erkrankung begann vor etwa 7 Wochen mit einem Knötchen, das allmälig grösser und resistenter wurde.

19. Initialsclerose der Unterlippe. Syphilis cutanea maculo-papulosa. Larynxaffection.

M. W., 24j. Stubenmädchen. Eingetreten am 4. December 1882.

An der Unterlippe u. z. gerade in der Medianlinie eine manifeste Sclerose. Am Stamme ein maculopapulöses Exanthem, ausserdem bestanden die Erscheinungen einer acuten Laryngitis.

Der Modus der Infection war hier nicht zu eruiren.

20. Sclerosis initialis labii inferioris oris. Syphilis cutanea maculosa.

J. W., 28j. Regenschirmmacher. Eingetreten am 13. Jänner 1883.

In der linken Hälfte der Unterlippe befand sich ein mehr als haselnussgrosses, bereits in Abschwellung begriffenes Infiltrat, das an seiner Oberfläche ein kreuzergrosses, speckig belegtes Geschwür trug. Die Submaxillardrüsen links bedeutend geschwellt, sclerosirt. Am Stamme ein orbiculär angeordnetes maculöses Syphilid. Die Affection entstand vor 7 Wochen aus dem Pat. unbekannter Ursache.

21. Sclerosis initialis labii infer. oris. Lues condylom. cutanea maculosa. Scleradenitis universalis.

J. N., 24j. verh. Tischler. Eingetreten am 7. Februar 1884.

An der Unterlippe links von der Medianlinie sitzt ein fast kreisrundes, 1 Cm. im Durchmesser haltendes, speckig belegtes Geschwür, dessen Basis sclerosirt erscheint.

Die submaxillaren Drüsen der linken Seite sind in eine hühnereigrosse, harte Geschwulst verwandelt. Die Affection der Unterlippe besteht seit 4 Wochen und hatte mit einem kleinen Bläschen begonnen, das später exulcerirte.

Eine Woche vor Beginn der Affection will P. einem fremden Mann, über dessen Gesundheitszustand er jedoch keine Angaben zu machen vermag, seine Pfeife geborgt haben.

22. Sclerosis initial. labii infer. oris. Syphilis cutanea maculo-papulosa. Scleradenitis buccalis, submaxillaris, nuchalis axillaris et cubitalis dextra.

B. B., 31j. ledige Magd, wurde am 18. Mai 1884 aufgenommen.

Zwei Centimeter vom rechten Mundwinkel beginnend, bis etwas über die Medianlinie der Lippe hinausreichend, sitzt in der Substanz der Lippe ein taubeneigrosser Knoten von derber Consistenz. Von dem Knoten aus zieht ein gänsekieldicker, fester Strang unter der Schleimhaut der Lippe, durch das Gewebe der dem Kiefer anliegenden Wange, zu einer etwa erbsengrossen, harten Drüse, die 2 Cm. über dem Kieferrand unter der Haut fühlbar ist. Die submentalen und die submaxillaren Drüsen vergrössert, hart. Die Drüsen des Nackens sind multipel rosenkranzförmig, erbsengross geschwellt. Auch die axillaren und cubitalen tastbar. Am Stamme und an den Extremitäten ein aus Flecken und Papeln bestehendes Exanthem.

Ueber den Ursprung der Affection wusste P. nichts anzugeben. Vor 6 Wochen soll sich in der Mitte der Unterlippe ein Knötchen gebildet haben, das allmälig bis zur jetzigen Grösse heranwuchs.

23. Ulcus scleroticum ad labium infer. oris. Scleradenitis submaxillaris bilateral.

J. W., 24j. Messerschmied. Eingetreten am 23. Februar 1885.

An der Unterlippe links von der Medianlinie auf die Mundschleimhaut übergreifend, findet sich ein etwa kirschkorngrosses speckig belegtes Geschwür mit indurirter Basis. Die submaxillaren Drüsen namentlich links vergrössert, hart.

Der Modus der Infection konnte in diesem Fall nicht eruirt werden. P. wusste nur anzugeben, dass seine Erkrankung vor 7 Wochen begonnen habe.

24. Sclerosis initialis labii inferioris oris. Lues condylomat. cutan. macul. papul. Scleradenitis submaxillaris, cervicalis, axillaris et cubitalis bilat.

W. M., wurde am 13. December 1886 aufgenommen.

In der Mitte der Unterlippe eine haselnussgrosse infiltrirte Geschwulst, die mit einer braunrothen Borke bedeckt erscheint. Nach Entfernung derselben sieht man ein kraterförmiges Geschwür mit eitrig belegter Basis. Die oben bezeichneten Drüsen vergrössert, hart. Im Verlaufe des Spitalsaufenthaltes tritt ein über den ganzen Körper ausgebreitetes Syphilid auf.

P. erzählte, dass er mit einer Prostituirten Umgang pflegte, die eine Affection an der Lippe hatte. Auf diese Stelle habe er das Mädchen geküsst. Vier Wochen darnach bemerkte P. ein Bläschen an der Unterlippe, das zerfiel und sich allmalig vergrösserte.

25. Ulcus durum labii inferior. oris. Lues cut. macul. papul. Scleradenitis submaxill. cervical. et axillar.

W. Z., 20j. Taglöhner. Eingetreten am 23. Februar 1887.

Auf der Unterlippe u. z. gerade in der Medianlinie eine manifeste Sclerose. Daneben bestand macul. papulöses Exanthem am Körper. Die oben angeführten Drusen hart, vergrössert. P. ist Tabakkauer, und um seiner Leidenschaft zu fröhnen, schreckt er nicht davor zurück, auf der Strasse gelegene Cigarrenreste aufzuheben und zu kauen.

26. Sclerosis initialis labii infer. oris. Lymphadenitis sclerotica submaxillaris.

A. K., 27j. Kellnerin. Eingetreten am 13. Juni 1887.

An der Unterlippe links von der Medianlinie sitzt ein fast kreisrundes, 1½ Cm. im Durchmesser haltendes, speckig belegtes Geschwür, dessen Basis sclerosirt erscheint. Die submaxill. Drüsen namentlich links vergrössert, hart.

P. führt ihre Lippenaffection darauf zurück, dass sie die Gewohnheit habe, das Geld der Gaste beim Wechseln zwischen die Lippen zu nehmen.

27. Ulcus durum labii infer. oris. Scleradenitis sub-et retromaxillaris.

M. B., 30j. Näherin. Eingetreten am 10. August 1888.

Es zeigte sich in der Mittellinie der Unterlippe ein kreuzergrosses Geschwür mit speckigem Belag, das Gewebe um dasselbe von charakteristischer Härte. Die sub- und retromaxill. Drüsen vergrössert, hart.

Der Modus der Infection konnte in diesem Falle nicht aufgeklärt werden.

28. Ulcera dura labii infer. oris. Lues cutanea macul. papulosa. Adenitis sclerotic. submaxill. cervic. et axill.

J. J., 26j. Taglöhner. Eingetreten am 6. August 1889.

An der vorderen Fläche der Unterlippe zu beiden Seiten der Medianlinie je ein tiefes, kraterförmiges Geschwür mit aufgeworfenen, sclerotisch infiltrirten Rändern. Am Stamme ein maculopapuloses Syphilid. Die oben angeführten Drüsen vergrössert, hart.

Die Affection der Unterlippe datirt seit 4 Wochen und begann mit Bildung zwei kleiner Knötchen, die allmälig grösser wurden und exulcerirten.

29*a*. Sclerosis labii infer. oris. Lues cutan. macul. papulosa. Scleradenitis submaxill. axillar. et inguin. bilat.

M. Sch., 28j. Commis. Eingetreten am 4. December 1888.

An der ectropionirten Unterlippe links von der Medianlinie, vom Lippenroth auf die Schleimhaut übergreifend, sitzt ein kreuzergrosses speckig belegtes Geschwür, dessen Umgebung stark infiltrirt erscheint. Am Stamme und an den Extremitäten ein maculöses Syphilid. Die oben genannten Drüsen geschwellt, sclerosirt.

P. gibt an, dass er vor der Lippenaffection, die er seit 4 Wochen bemerkt, an derselben Stelle eine Rhagade gehabt habe und dass er an dieser Stelle von einer Prostituirten geküsst wurde.

29*b*. Ulcus durum ad labium inferius oris. Lues cutan. macul. papulosa. Adenitis sclerotica universalis.

J. Sch., 21j. Jurist. Eingetreten am 18. April 1888.

An der Unterlippe u. z. gerade in der Mitte eine manifeste Sclerose. Ueber den ganzen Körper ein maculo-papulöses Exanthem. Sämmtliche dem Tastsinn zugängliche Drüsen tastbar, hart, schmerzlos.

Unser P. bemerkte die Lippenaffection seit 4 Wochen im Anschluss an eine Rhagade. Modus der Infection blieb unbekannt.

30. Initialsclerose der Unterlippe. Allgemeine Drüsenschwellung.

F. B., 31j. Schuhmachersgattin. Eingetreten am 25. April 1888.

Die ganze rechte Hälfte der Unterlippe wird von einem Geschwür eingenommen, dessen Basis bedeutend resistent erscheint. Die sämmtlichen zugänglichen Drüsen, namentlich die rechte submaxillare Drüse vergrössert, indurirt.

Aus der Anamnese ergab sich, dass ein zu wiederholten Malen an unserer Klinik mit Syphilis condylomat. in Behandlung gewesener Mann zu den Hausgenossen der Familie gehörte.

31. Ulcus sclerotium ad labium infer. oris. Lymphadenitis sclerotica submaxillaris sinistra.

K. K., 38j. Lackirer. Eingetreten am 3. Jänner 1889.

An der Unterlippe links von der Medianlinie sitzt ein fast kreisrundes speckig belegtes Geschwür, dessen Basis sclerosirt erscheint. Die submaxillaren Drüsen sind in eine hühnereigrosse harte Geschwulst verwandelt.

P. erzählt, dass die Affection der Lippe seit 4 Wochen bestehe, mit einem kleinen Bläschen begonnen habe, das später exulcerirte. Eine Woche vor Beginn der Affection will unser Kranker einem fremden Mann, der angeblich einen Ausschlag im Gesicht gehabt hätte, seine Pfeife geborgt haben.

32. Sclerosis initialis labii inferior. oris. Lues condylom. cutanea maculo-papulosa. Lymphadenitis universalis sclerotica.

F. G., 22j. Jurist. Eingetreten am 29. Februar 1889.

In der linken Hälfte der Unterlippe fand sich ein mehr als haselnussgrosses, bereits in Abschwellung begriffenes Infiltrat, das an seiner Oberfläche ein kreuzergrosses Geschwür trug. Am Stamme ein orbiculär angeordnetes maculo-papulöses Syphilid. Die Affection entstand vor 12 Wochen aus dem P. unbekannter Ursache.

33. Ulcus durum labii infer. oris. Lues condylomat cutanea maculo-papulosa. Scleradenitis sub-et retromaxillaris, nuchalis et cervicalis.

B. W., 21j. Dienstmädchen. Eingetreten am 6. Mai. 1889.

Genau in der Mitte der Unterlippe sitzt ein 1 Cm. langes, $1\frac{1}{2}$ Cm. breites flaches Infiltrat, dessen Oberfläche eine glänzendrothe, etwas nässende Fläche darstellt. Die Basis des Geschwürs fühlt sich derb an. Am Stamme ein reichliches Exanthem, an den Arcaden Papeln; die sub- und retromaxillaren Drüsen mächtig geschwollen, hart, die nuchalen multipel rosenkranzförmig geschwellt.

P. bemerkt die Lippenaffection seit 4 Wochen. Sie behauptet von ihrem Geliebten inficirt worden zu sein, der eine ähnliche Affection an der Oberlippe gehabt habe.

34. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutan. papulosa. Lymphadenitis sclerotica universalis.

M. M., 18j. ledige Bergmannstochter. Eingetreten am 15. Sept. 1889.

Am rothen Saum der Unterlippe rechts von der Medianlinie befindet sich eine scharf begrenzte, derbe Geschwulst von Haselnussgrösse, an ihrer Kuppe ein etwa linsengrosses Geschwür tragend. Sämmtliche zugängliche Drüsen vergrössert, hart. Am Körper ein ausgebreitetes Exanthem. An den Arcaden Papeln. Das Genitale virginal.

Unsere P. bemerkt die Lippenaffection seit 17 Wochen; von einem Arzt durch längere Zeit mit verschiedenen Salben behandelt. Ueber die Ursache der Infection wurde nichts bekannt.

35. Primäraffect an der Unterlippe. Allgemeine Drüsenschwellung. Ausgebreitetes Hautsyphilid am Körper.

G. E., 25j. Mediciner. Eingetreten am 30. September 1889.

In der Mitte der Unterlippe eine typische Sclerose. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen namentlich die submaxillaren geschwellt, sclerosirt. Seit 6 Monaten bemerkt P. die Lippenaffection, über deren Ursache er nichts anzugeben weiss. Es entwickelte sich im Anschluss an eine Rhagade ein Bläschen, das aufbrach und später exulcerirte.

36. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Adenitis submaxillaris bilateral. sclerotic.

M. V., 20j. Kellnerin. Eingetreten am 8. September 1891.

An der Unterlippe zu beiden Seiten der Medianlinie vom Lippenroth auf die Haut übergreifend je ein derbes umschriebenes, etwa bohnengrosses Infiltrat. Die submaxill. Drüsen stark vergrössert, hart, indolent.

P. bemerkt die Lippenaffection seit circa 3 Wochen und gibt an, dass sie von dem Glase eines Gastes getrunken hätte, der einen Ausschlag im Gesichte gehabt habe. Eine Woche darnach bemerkte sie das Auftreten von zwei Knötchen an den betreffenden Stellen.

37. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutanea maculo-papulosa. Papulae exulceratae ad genitale externum Lymphadenitis sclerotica universalis praecipue submaxillaris.

Fr. D., 22j. Hausknecht. Eingetreten am 26. Februar 1890.

Die Unterlippe stark geschwellt. In der Mitte derselben findet sich eine $1\frac{1}{2}$ Cm. grosse Exulceration, deren Ränder scharf begrenzt, steil erscheinen, die Basis stark sclerosirt. Am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen, namentlich die submaxill. Drüsen, geschwellt, hart.

P. erzählt, dass er eine Rhagade an der betreffenden Stelle hatte. Eine Woche nach dem letzten Coitus bemerkte er, dass die bereits zugeheilte Verletzung wieder aufbrach und Eiter absonderte.

38. Ulcus durum labii inferius oris. Lymphadenitis submentalis sclerotica.

S. E., 25j. Commis. Eingetreten am 2. Februar 1893.

Die Unterlippe ectropionirt, mächtig geschwollen. Die Schwellung fühlt sich sehr hart an und zeigt gerade in der Medianlinie ein circa kreuzergrosses kraterförmiges, speckig belegtes Geschwür. Die submentale Lymphdrüse stark vergrössert, hart.

P. erzählt, dass er an der Stelle des heutigen Ulcus eine Rhagade hatte, auf welche er von einer Prostituirten geküsst wurde. Die Rhagade verheilte; am 6. Tage bemerkte jedoch Patient an Stelle der Rhagade ein Bläschen, das er sich aufkratzte. Bald darauf kam es zu starker Anschwellung der Lippe und zur Bildung eines Ulcus an Stelle des Bläschens.

39. Sclerosis initialis labii inferior. oris et labii dextri orificii externi urethrae. Lymphadenitis submaxill. et inguinal. bilateral. sclerotica.

W. Z., 50j. verheirateter Conducteur. Eingetreten am 15. Mai 1893.

An der l. Unterlippenhälfte unmittelbar neben der Medianlinie ein kirschgrosser etwa 2 Cm. im Durchmesser betragender Knoten. Die Basis desselben von bedeutender Consistenz. Ein ganz analoger Knoten befindet sich am orificium externum urethrae, woselbst er die ganze rechte Seite einnimmt. Auch dieser Knoten von derber Consistenz. Die submaxill. und inguinalen Drüsen vergrössert, hart.

P. gibt an, dass er sowohl die Affection an der Lippe wie am Genitale seit 14 Tagen bemerkt. Ueber die Art der Infection wusste er nichts anzugeben.

40. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Scleradenitis submaxill. dextra.

In der linken Hälfte der Unterlippe fand sich ein mehr als haselnussgrosses, bereits in Abschwellung begriffenes Infiltrat, das an seiner Oberfläche ein kreuzergrosses Geschwür trug. Am Stamme ein orbiculär angeordnetes maculo-papulöses Syphilid. Die Affection entstand vor 12 Wochen aus dem P. unbekannter Ursache.

83. Ulcus durum labii infer. oris. Lues condylomat cutanea maculo-papulosa. Scleradenitis sub-et retromaxillaris, nuchalis et cervicalis.

B. W., 21j. Dienstmädchen. Eingetreten am 6. Mai. 1889.

Genau in der Mitte der Unterlippe sitzt ein 1 Cm. langes, $1\frac{1}{2}$ Cm. breites flaches Infiltrat, dessen Oberfläche eine glänzendrothe, etwas nässende Fläche darstellt. Die Basis des Geschwürs fühlt sich derb an. Am Stamme ein reichliches Exanthem, an den Arcaden Papeln; die sub- und retromaxillaren Drüsen mächtig geschwollen, hart, die nuchalen multipel rosenkranzförmig geschwellt.

P. bemerkt die Lippenaffection seit 4 Wochen. Sie behauptet von ihrem Geliebten inficirt worden zu sein, der eine ähnliche Affection an der Oberlippe gehabt habe.

84. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutan. papulosa. Lymphadenitis sclerotica universalis.

M. M., 18j. ledige Bergmannstochter. Eingetreten am 15. Sept. 1889.

Am rothen Saum der Unterlippe rechts von der Medianlinie befindet sich eine scharf begrenzte, derbe Geschwulst von Haselnussgrösse, an ihrer Kuppe ein etwa linsengrosses Geschwür tragend. Sämmtliche zugängliche Drüsen vergrössert, hart. Am Körper ein ausgebreitetes Exanthem. An den Arcaden Papeln. Das Genitale virginal.

Unsere P. bemerkt die Lippenaffection seit 17 Wochen; von einem Arzt durch längere Zeit mit verschiedenen Salben behandelt. Ueber die Ursache der Infection wurde nichts bekannt.

85. Primäraffect an der Unterlippe. Allgemeine Drüsenschwellung. Ausgebreitetes Hautsyphilid am Körper.

G. E., 25j. Mediciner. Eingetreten am 30. September 1889.

In der Mitte der Unterlippe eine typische Sclerose. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen namentlich die submaxillaren geschwellt, sclerosirt. Seit 6 Monaten bemerkt P. die Lippenaffection, über deren Ursache er nichts anzugeben weiss. Es entwickelte sich im Anschluss an eine Rhagade ein Bläschen, das aufbrach und später exulcerirte.

86. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Adenitis submaxillaris bilateral. sclerotic.

M. V., 20j. Kellnerin. Eingetreten am 8. September 1891.

An der Unterlippe zu beiden Seiten der Medianlinie vom Lippenroth auf die Haut übergreifend je ein derbes umschriebenes, etwa bohnengrosses Infiltrat. Die submaxill. Drüsen stark vergrössert, hart, indolent.

P. bemerkt die Lippenaffection seit circa 3 Wochen und gibt an, dass sie von dem Glase eines Gastes getrunken hätte, der einen Ausschlag im Gesichte gehabt habe. Eine Woche darnach bemerkte sie das Auftreten von zwei Knötchen an den betreffenden Stellen.

37. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutanea maculo-papulosa. Papulae exulceratae ad genitale externum Lymphadenitis sclerotica universalis praecipue submaxillaris.

Fr. D., 22j. Hausknecht. Eingetreten am 26. Februar 1890.

Die Unterlippe stark geschwellt. In der Mitte derselben findet sich eine 1½ Cm. grosse Exulceration, deren Ränder scharf begrenzt, steil erscheinen, die Basis stark sclerosirt. Am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen, namentlich die submaxill. Drüsen, geschwellt, hart.

P. erzählt, dass er eine Rhagade an der betreffenden Stelle hatte. Eine Woche nach dem letzten Coitus bemerkte er, dass die bereits zugeheilte Verletzung wieder aufbrach und Eiter absonderte.

38. Ulcus durum labii inferius oris. Lymphadenitis submentalis sclerotica.

S. E., 25j. Commis. Eingetreten am 2. Februar 1893.

Die Unterlippe ectropionirt, mächtig geschwollen. Die Schwellung fühlt sich sehr hart an und zeigt gerade in der Medianlinie ein circa kreuzergrosses kraterförmiges, speckig belegtes Geschwür. Die submentale Lymphdrüse stark vergrössert, hart.

P. erzählt, dass er an der Stelle des heutigen Ulcus eine Rhagade hatte, auf welche er von einer Prostituirten geküsst wurde. Die Rhagade verheilte; am 6. Tage bemerkte jedoch Patient an Stelle der Rhagade ein Bläschen, das er sich aufkratzte. Bald darauf kam es zu starker Anschwellung der Lippe und zur Bildung eines Ulcus an Stelle des Bläschens.

39. Sclerosis initialis labii inferior. oris et labii dextri orificii externi urethrae. Lymphadenitis submaxill. et inguinal. bilateral. sclerotica.

W. Z., 50j. verheirateter Conducteur. Eingetreten am 15. Mai 1893.

An der l. Unterlippenhälfte unmittelbar neben der Medianlinie ein kirschgrosser etwa 2 Cm. im Durchmesser betragender Knoten. Die Basis desselben von bedeutender Consistenz. Ein ganz analoger Knoten befindet sich am orificium externum urethrae, woselbst er die ganze rechte Seite einnimmt. Auch dieser Knoten von derber Consistenz. Die submaxill. und inguinalen Drüsen vergrössert, hart.

P. gibt an, dass er sowohl die Affection an der Lippe wie am Genitale seit 14 Tagen bemerkt. Ueber die Art der Infection wusste er nichts anzugeben.

40. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Scleradenitis submaxill. dextra.

In der linken Hälfte der Unterlippe fand sich ein mehr als haselnussgrosses, bereits in Abschwellung begriffenes Infiltrat, das an seiner Oberfläche ein kreuzergrosses Geschwür trug. Am Stamme ein orbiculär angeordnetes maculo-papulöses Syphilid. Die Affection entstand vor 12 Wochen aus dem P. unbekannter Ursache.

33. Ulcus durum labii infer. oris. Lues condylomat cutanea maculo-papulosa. Scleradenitis sub-et retromaxillaris, nuchalis et cervicalis.

B. W., 21j. Dienstmädchen. Eingetreten am 6. Mai. 1889.

Genau in der Mitte der Unterlippe sitzt ein 1 Cm. langes, 1½ Cm. breites flaches Infiltrat, dessen Oberfläche eine glänzendrothe, etwas nässende Fläche darstellt. Die Basis des Geschwürs fühlt sich derb an. Am Stamme ein reichliches Exanthem, an den Arcaden Papeln; die sub- und retromaxillaren Drüsen mächtig geschwollen, hart, die nuchalen multipel rosenkranzförmig geschwellt.

P. bemerkt die Lippenaffection seit 4 Wochen. Sie behauptet von ihrem Geliebten inficirt worden zu sein, der eine ähnliche Affection an der Oberlippe gehabt habe.

34. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutan. papulosa. Lymphadenitis sclerotica universalis.

M. M., 18j. ledige Bergmannstochter. Eingetreten am 15. Sept. 1889.

Am rothen Saum der Unterlippe rechts von der Medianlinie befindet sich eine scharf begrenzte, derbe Geschwulst von Haselnussgrösse, an ihrer Kuppe ein etwa linsengrosses Geschwür tragend. Sämmtliche zugängliche Drüsen vergrössert, hart. Am Körper ein ausgebreitetes Exanthem. An den Arcaden Papeln. Das Genitale virginal.

Unsere P. bemerkt die Lippenaffection seit 17 Wochen; von einem Arzt durch längere Zeit mit verschiedenen Salben behandelt. Ueber die Ursache der Infection wurde nichts bekannt.

35. Primäraffect an der Unterlippe. Allgemeine Drüsenschwellung. Ausgebreitetes Hautsyphilid am Körper.

G. E., 25j. Mediciner. Eingetreten am 30. September 1889.

In der Mitte der Unterlippe eine typische Sclerose. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen namentlich die submaxillaren geschwellt, sclerosirt. Seit 6 Monaten bemerkt P. die Lippenaffection, über deren Ursache er nichts anzugeben weiss. Es entwickelte sich im Anschluss an eine Rhagade ein Bläschen, das aufbrach und später exulcerirte.

36. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Adenitis submaxillaris bilateral. sclerotic.

M. V., 20j. Kellnerin. Eingetreten am 8. September 1891.

An der Unterlippe zu beiden Seiten der Medianlinie vom Lippenroth auf die Haut übergreifend je ein derbes umschriebenes, etwa bohnengrosses Infiltrat. Die submaxill. Drüsen stark vergrössert, hart, indolent.

P. bemerkt die Lippenaffection seit circa 3 Wochen und gibt an, dass sie von dem Glase eines Gastes getrunken hätte, der einen Ausschlag im Gesichte gehabt habe. Eine Woche darnach bemerkte sie das Auftreten von zwei Knötchen an den betreffenden Stellen.

37. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutanea maculo-papulosa. Papulae exulceratae ad genitale externum Lymphadenitis sclerotica universalis praecipue submaxillaris.

Fr. D., 22j. Hausknecht. Eingetreten am 26. Februar 1890.

Die Unterlippe stark geschwellt. In der Mitte derselben findet sich eine 1½ Cm. grosse Exulceration, deren Ränder scharf begrenzt, steil erscheinen, die Basis stark sclerosirt. Am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen, namentlich die submaxill. Drüsen, geschwellt, hart.

P. erzählt, dass er eine Rhagade an der betreffenden Stelle hatte. Eine Woche nach dem letzten Coitus bemerkte er, dass die bereits zugeheilte Verletzung wieder aufbrach und Eiter absonderte.

38. Ulcus durum labii inferius oris. Lymphadenitis submentalis sclerotica.

S. E., 25j. Commis. Eingetreten am 2. Februar 1893.

Die Unterlippe ectropionirt, mächtig geschwollen. Die Schwellung fühlt sich sehr hart an und zeigt gerade in der Medianlinie ein circa kreuzergrosses kraterförmiges, speckig belegtes Geschwür. Die submentale Lymphdrüse stark vergrössert, hart.

P. erzählt, dass er an der Stelle des heutigen Ulcus eine Rhagade hatte, auf welche er von einer Prostituirten geküsst wurde. Die Rhagade verheilte; am 6. Tage bemerkte jedoch Patient an Stelle der Rhagade ein Bläschen, das er sich aufkratzte. Bald darauf kam es zu starker Anschwellung der Lippe und zur Bildung eines Ulcus an Stelle des Bläschens.

39. Sclerosis initialis labii inferior. oris et labii dextri orificii externi urethrae. Lymphadenitis submaxill. et inguinal. bilateral. sclerotica.

W. Z., 50j. verheirateter Conducteur. Eingetreten am 15. Mai 1893.

An der l. Unterlippenhälfte unmittelbar neben der Medianlinie ein kirschgrosser etwa 2 Cm. im Durchmesser betragender Knoten. Die Basis desselben von bedeutender Consistenz. Ein ganz analoger Knoten befindet sich am orificium externum urethrae, woselbst er die ganze rechte Seite einnimmt. Auch dieser Knoten von derber Consistenz. Die submaxill. und inguinalen Drüsen vergrössert, hart.

P. gibt an, dass er sowohl die Affection an der Lippe wie am Genitale seit 14 Tagen bemerkt. Ueber die Art der Infection wusste er nichts anzugeben.

40. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Scleradenitis submaxill. dextra.

In der linken Hälfte der Unterlippe fand sich ein mehr als haselnussgrosses, bereits in Abschwellung begriffenes Infiltrat, das an seiner Oberfläche ein kreuzergrosses Geschwür trug. Am Stamme ein orbiculär angeordnetes maculo-papulöses Syphilid. Die Affection entstand vor 12 Wochen aus dem P. unbekannter Ursache.

33. Ulcus durum labii infer. oris. Lues condylomat cutanea maculo-papulosa. Scleradenitis sub-et retromaxillaris, nuchalis et cervicalis.

B. W., 21j. Dienstmädchen. Eingetreten am 6. Mai. 1889.

Genau in der Mitte der Unterlippe sitzt ein 1 Cm. langes, 1½ Cm. breites flaches Infiltrat, dessen Oberfläche eine glänzendrothe, etwas nässende Fläche darstellt. Die Basis des Geschwürs fühlt sich derb an. Am Stamme ein reichliches Exanthem, an den Arcaden Papeln; die sub- und retromaxillaren Drüsen mächtig geschwollen, hart, die nuchalen multipel rosenkranzförmig geschwellt.

P. bemerkt die Lippenaffection seit 4 Wochen. Sie behauptet von ihrem Geliebten inficirt worden zu sein, der eine ähnliche Affection an der Oberlippe gehabt habe.

34. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutan. papulosa. Lymphadenitis sclerotica universalis.

M. M., 18j. ledige Bergmannstochter. Eingetreten am 15. Sept. 1889.

Am rothen Saum der Unterlippe rechts von der Medianlinie befindet sich eine scharf begrenzte, derbe Geschwulst von Haselnussgrösse, an ihrer Kuppe ein etwa linsengrosses Geschwür tragend. Sämmtliche zugängliche Drüsen vergrössert, hart. Am Körper ein ausgebreitetes Exanthem. An den Arcaden Papeln. Das Genitale virginal.

Unsere P. bemerkt die Lippenaffection seit 17 Wochen; von einem Arzt durch längere Zeit mit verschiedenen Salben behandelt. Ueber die Ursache der Infection wurde nichts bekannt.

35. Primäraffect an der Unterlippe. Allgemeine Drüsenschwellung. Ausgebreitetes Hautsyphilid am Körper.

G. E., 25j. Mediciner. Eingetreten am 30. September 1889.

In der Mitte der Unterlippe eine typische Sclerose. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen namentlich die submaxillaren geschwellt, sclerosirt. Seit 6 Monaten bemerkt P. die Lippenaffection, über deren Ursache er nichts anzugeben weiss. Es entwickelte sich im Anschluss an eine Rhagade ein Bläschen, das aufbrach und später exulcerirte.

36. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Adenitis submaxillaris bilateral. sclerotic.

M. V., 20j. Kellnerin. Eingetreten am 8. September 1891.

An der Unterlippe zu beiden Seiten der Medianlinie vom Lippenroth auf die Haut übergreifend je ein derbes umschriebenes, etwa bohnengrosses Infiltrat. Die submaxill. Drüsen stark vergrössert, hart, indolent.

P. bemerkt die Lippenaffection seit circa 3 Wochen und gibt an, dass sie von dem Glase eines Gastes getrunken hätte, der einen Ausschlag im Gesichte gehabt habe. Eine Woche darnach bemerkte sie das Auftreten von zwei Knötchen an den betreffenden Stellen.

37. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutanea maculo-papulosa. Papulae exulceratae ad genitale externum Lymphadenitis sclerotica universalis praecipue submaxillaris.

Fr. D., 22j. Hausknecht. Eingetreten am 26. Februar 1890.

Die Unterlippe stark geschwellt. In der Mitte derselben findet sich eine 1½ Cm. grosse Exulceration, deren Ränder scharf begrenzt, steil erscheinen, die Basis stark sclerosirt. Am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen, namentlich die submaxill. Drüsen, geschwellt, hart.

P. erzählt, dass er eine Rhagade an der betreffenden Stelle hatte. Eine Woche nach dem letzten Coitus bemerkte er, dass die bereits zugeheilte Verletzung wieder aufbrach und Eiter absonderte.

38. Ulcus durum labii inferius oris. Lymphadenitis submentalis sclerotica.

S. E., 25j. Commis. Eingetreten am 2. Februar 1893.

Die Unterlippe ectropionirt, mächtig geschwollen. Die Schwellung fühlt sich sehr hart an und zeigt gerade in der Medianlinie ein circa kreuzergrosses kraterförmiges, speckig belegtes Geschwür. Die submentale Lymphdrüse stark vergrössert, hart.

P. erzählt, dass er an der Stelle des heutigen Ulcus eine Rhagade hatte, auf welche er von einer Prostituirten geküsst wurde. Die Rhagade verheilte; am 6. Tage bemerkte jedoch Patient an Stelle der Rhagade ein Bläschen, das er sich aufkratzte. Bald darauf kam es zu starker Anschwellung der Lippe und zur Bildung eines Ulcus an Stelle des Bläschens.

39. Sclerosis initialis labii inferior. oris et labii dextri orificii externi urethrae. Lymphadenitis submaxill. et inguinal. bilateral. sclerotica.

W. Z., 50j. verheirateter Conducteur. Eingetreten am 15. Mai 1893.

An der l. Unterlippenhälfte unmittelbar neben der Medianlinie ein kirschgrosser etwa 2 Cm. im Durchmesser betragender Knoten. Die Basis desselben von bedeutender Consistenz. Ein ganz analoger Knoten befindet sich am orificium externum urethrae, woselbst er die ganze rechte Seite einnimmt. Auch dieser Knoten von derber Consistenz. Die submaxill. und inguinalen Drüsen vergrössert, hart.

P. gibt an, dass er sowohl die Affection an der Lippe wie am Genitale seit 14 Tagen bemerkt. Ueber die Art der Infection wusste er nichts anzugeben.

40. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Scleradenitis submaxill. dextra.

In der linken Hälfte der Unterlippe fand sich ein mehr als haselnussgrosses, bereits in Abschwellung begriffenes Infiltrat, das an seiner Oberfläche ein kreuzergrosses Geschwür trug. Am Stamme ein orbiculär angeordnetes maculo-papulöses Syphilid. Die Affection entstand vor 12 Wochen aus dem P. unbekannter Ursache.

33. Ulcus durum labii infer. oris. Lues condylomat cutanea maculo-papulosa. Scleradenitis sub-et retromaxillaris, nuchalis et cervicalis.

B. W., 21j. Dienstmädchen. Eingetreten am 6. Mai. 1889.

Genau in der Mitte der Unterlippe sitzt ein 1 Cm. langes, 1½ Cm. breites flaches Infiltrat, dessen Oberfläche eine glänzendrothe, etwas nässende Fläche darstellt. Die Basis des Geschwürs fühlt sich derb an. Am Stamme ein reichliches Exanthem, an den Arcaden Papeln; die sub- und retromaxillaren Drüsen mächtig geschwollen, hart, die nuchalen multipel rosenkranzförmig geschwellt.

P. bemerkt die Lippenaffection seit 4 Wochen. Sie behauptet von ihrem Geliebten inficirt worden zu sein, der eine ähnliche Affection an der Oberlippe gehabt habe.

34. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutan. papulosa. Lymphadenitis sclerotica universalis.

M. M., 18j. ledige Bergmannstochter. Eingetreten am 15. Sept. 1889.

Am rothen Saum der Unterlippe rechts von der Medianlinie befindet sich eine scharf begrenzte, derbe Geschwulst von Haselnussgrösse, an ihrer Kuppe ein etwa linsengrosses Geschwür tragend. Sämmtliche zugängliche Drüsen vergrössert, hart. Am Körper ein ausgebreitetes Exanthem. An den Arcaden Papeln. Das Genitale virginal.

Unsere P. bemerkt die Lippenaffection seit 17 Wochen; von einem Arzt durch längere Zeit mit verschiedenen Salben behandelt. Ueber die Ursache der Infection wurde nichts bekannt.

35. Primäraffect an der Unterlippe. Allgemeine Drüsenschwellung. Ausgebreitetes Hautsyphilid am Körper.

G. E., 25j. Mediciner. Eingetreten am 30. September 1889.

In der Mitte der Unterlippe eine typische Sclerose. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen namentlich die submaxillaren geschwellt, sclerosirt. Seit 6 Monaten bemerkt P. die Lippenaffection, über deren Ursache er nichts anzugeben weiss. Es entwickelte sich im Anschluss an eine Rhagade ein Bläschen, das aufbrach und später exulcerirte.

36. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Adenitis submaxillaris bilateral. sclerotic.

M. V., 20j. Kellnerin. Eingetreten am 8. September 1891.

An der Unterlippe zu beiden Seiten der Medianlinie vom Lippenroth auf die Haut übergreifend je ein derbes umschriebenes, etwa bohnengrosses Infiltrat. Die submaxill. Drüsen stark vergrössert, hart, indolent.

P. bemerkt die Lippenaffection seit circa 3 Wochen und gibt an, dass sie von dem Glase eines Gastes getrunken hätte, der einen Ausschlag im Gesichte gehabt habe. Eine Woche darnach bemerkte sie das Auftreten von zwei Knötchen an den betreffenden Stellen.

37. Sclerosis initialis ad labium infer. oris. Lues condylom. cutanea maculo-papulosa. Papulae exulceratae ad genitale externum Lymphadenitis sclerotica universalis praecipue submaxillaris.

Fr. D., 22j. Hausknecht. Eingetreten am 26. Februar 1890.

Die Unterlippe stark geschwellt. In der Mitte derselben findet sich eine 1½ Cm. grosse Exulceration, deren Ränder scharf begrenzt, steil erscheinen, die Basis stark sclerosirt. Am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid. Sämmtliche zugängliche Drüsen, namentlich die submaxill. Drüsen, geschwellt, hart.

P. erzählt, dass er eine Rhagade an der betreffenden Stelle hatte. Eine Woche nach dem letzten Coitus bemerkte er, dass die bereits zugeheilte Verletzung wieder aufbrach und Eiter absonderte.

38. Ulcus durum labii inferius oris. Lymphadenitis submentalis sclerotica.

S. E., 25j. Commis. Eingetreten am 2. Februar 1893.

Die Unterlippe ectropionirt, mächtig geschwollen. Die Schwellung fühlt sich sehr hart an und zeigt gerade in der Medianlinie ein circa kreuzergrosses kraterförmiges, speckig belegtes Geschwür. Die submentale Lymphdrüse stark vergrössert, hart.

P. erzählt, dass er an der Stelle des heutigen Ulcus eine Rhagade hatte, auf welche er von einer Prostituirten geküsst wurde. Die Rhagade verheilte; am 6. Tage bemerkte jedoch Patient an Stelle der Rhagade ein Bläschen, das er sich aufkratzte. Bald darauf kam es zu starker Anschwellung der Lippe und zur Bildung eines Ulcus an Stelle des Bläschens.

39. Sclerosis initialis labii inferior. oris et labii dextri orificii externi urethrae. Lymphadenitis submaxill. et inguinal. bilateral. sclerotica.

W. Z., 50j. verheirateter Conducteur. Eingetreten am 15. Mai 1893.

An der l. Unterlippenhälfte unmittelbar neben der Medianlinie ein kirschgrosser etwa 2 Cm. im Durchmesser betragender Knoten. Die Basis desselben von bedeutender Consistenz. Ein ganz analoger Knoten befindet sich am orificium externum urethrae, woselbst er die ganze rechte Seite einnimmt. Auch dieser Knoten von derber Consistenz. Die submaxill. und inguinalen Drüsen vergrössert, hart.

P. gibt an, dass er sowohl die Affection an der Lippe wie am Genitale seit 14 Tagen bemerkt. Ueber die Art der Infection wusste er nichts anzugeben.

40. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Scleradenitis submaxill. dextra.

J. R., 24j. Eisendrechsler. Eingetreten am 11. April 1894.

An der Unterlippe rechts von der Medianlinie sitzt ein circa bohnengrosser harter Knoten, dessen Oberfläche exulcerirt, dessen Grund sclerosirt erscheint.

Die submaxill. Drüsen zu einem mächtigen Packet angeschwollen, hart.

P. hatte sich angeblich durch heisse Suppe an der betreffenden Stelle verbrannt, darnach sei ein Bläschen entstanden, das sich P. aufriss, worauf sich ein Geschwür entwickelte. Infectionsquelle blieb unbekannt.

41. Ulcus scleroticum labii infer. oris. Lues cutanea maculosa Lymphadenitis submaxillaris, axillaris et inguinalis sclerotica.

A. N., 18j. Prostituirte. Eingetreten am 5. Februar 1895.

Man fand an der Unterlippe u. z. rechts von der Medianlinie einen circa hellergrossen, speckig belegten, mässig über die Schleimhaut erhabenen, wenig infiltrirten Substanzverlust. Erst im Laufe des Aufenthaltes bildete sich das Ulcus zu einer typischen Sclerose heraus, der in kurzer Zeit darauf eine mächtige Anschwellung der submaxillaren Drüsen folgte. Noch im Laufe ihres Spitalsaufenthaltes trat ein maculöses Exanthem am Stamme auf.

P. gibt an, dass sie von einer anderen Prostituirten, die eine ähnliche Affection an der Lippe hatte, beim Abschied vor ihrem letzten Spitalsaufenthalte geküsst wurde. Drei Wochen darnach bemerkte sie das Auftreten eines Knötchens, das exulcerirte. Die Recherchen ergaben, dass diese Puella Secundärerscheinungen an den Lippen hatte.

42. Scleroses initiales labii inferioris oris. Lues condylom. cutanea maculo-papulosa. Papulae excoriatae penis, scroti et ad anum; Papule mucosae gingivae, tonsillarum et arcuum. Scleradenitis submaxill. nuchal. axillar. et inguinalis bilateralis.

A. P., 22j. Maurer. Eingetreten am 20. März 1895.

Man findet an der Haut der Unterlippe u. z. links von der Medianlinie bis zum Lippenroth reichend ein kronengrosses, derbes, knorpelhartes, braunrothes im Centrum schuppendes, über das Hautniveau etwa ½ Cm. erhabenes Infiltrat. Ein zweites, ebenfalls derbes, braunrothes, circa erbsengrosses Infiltrat findet sich gegenüber dem ersten am Uebergange des Lippenroth in die Schleimhaut. Die Oberfläche dieses Infiltrats ist ihres Epithels beraubt und mit einem speckigen Belag versehen. Die submaxillaren Drüsen beiderseits besonders links mächtig geschwellt, hart. Am Stamme ein reichlich ausgebreitetes Exanthem, an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle, ad genitale, ad anum exulcerirte Papeln. Die übrigen tastbaren Drüsen vergrössert, sclerosirt.

P. erzählt, dass er zu Weihnachten im Streite beim Nachhausegehen aus einem Gasthaus von einem Kameraden in die Unterlippe gebissen wurde. P. schenkte diesen kleinen Wunden, die sich mit einer Blutborke bedeckt hatten, keine Aufmerksamkeit und ging seiner gewohnten Arbeit

nach. Nach circa 3 Wochen bildeten sich aus den Bisswunden kleine Knötchen, die allmälig zerfielen und sich zu Geschwüren heranbildeten. Gleichzeitig bekam P. die Drüsenschwellung am Halse. Als 14 Tage vor seiner Aufnahme die Affection am Genitale auftrat, sucht P. Spitalshilfe auf. P. gibt weiter an, dass sein Kamerad, der ihm die Verletzung beigebracht, einen Ausschlag hatte, und deshalb in Behandlung eines Arztes stand, auch stehe dieser Kamerad mit einem verrufenen Mädchen im ständigen Verkehr.

43. Ulcus durum ad labium infer. oris. Lues condylomatos. cutan. maculosa. Scleradenitis submaxill. cervic. et axillaris.

J. K., 42j. Gastwirth. Eingetreten am 26. März 1895.

Die Unterlippe erscheint in toto geschwollen, ectropionirt. Links von der Medianlinie ist das Lippenroth und die angrenzende Schleimhautpartie von einem kreuzergrossen, flachen Ulcus eingenommen, das derb anzufühlen ist. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Die oben genannten Drüsen vergrössert, hart.

P. bemerkt die Affection seit zwei Mon. Ueber die Krankheit aufgeklärt gibt er an, dass er von dem Glase eines seiner Gäste, der einen Ausschlag im Gesichte gehabt haben soll, getrunken hatte. Nach circa 2 Wochen bemerkte er das Auftreten eines Knötchens an der Unterlippe, das immer grösser wurde und allmälig zerfiel.

44. Sclerosis initialis labii inf. oris. Lues cutan. maculo-papulosa. Scleradenitis submaxill. et cervicalis.

A. K., 29j. Kammermädchen. Eingetreten am 14. Juni 1895.

An der Unterlippe u. z. in der rechten Hälfte gleich neben dem Frenulum findet sich ein zweihellerstückgrosses derbes, braunrothes Infiltrat. Die submaxill. und cervicalen Drüsen vergrössert, hart. Am Körper ein reichliches maculo-papulöses Syphilid.

P. acquirirte vor 5 Wochen an der Unterlippe ein Bläschen, das sich öffnete und exulcerirte. Der consultirte Arzt touchirte das Ulcus mit Lapis; auf die geschwellten regionären Drüsen applicirte er eine Salbe. Erst als ein Exanthem am Körper auftrat, sah sich der Arzt veranlasst, die P. ins Spital zu schicken. Der Modus der Infection blieb unbekannt.

45. Ulcus scleroticum ad labium infer. oris. Lues condylom. cutanea maculosa Papulae exulcerat. ad labia et ad nymphas. Scleradenitis sub et retromaxillaris, cervical. inguinal. bilat.

A. Th., 20j. Magd. Eingetreten am 25. December 1895.

An der Unterlippe links von der Medianlinie sitzt ein circa kreuzergrosser Substanzverlust, der scharf begrenzt, eitrig belegt ist. Die Unterlippe im Bereiche des Ulcus ödematös, derb infiltrirt; ad genitale exulcerirte Papeln. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Die oben angeführten Drüsen vergrössert, hart.

P. bemerkt seit 8 Wochen das Auftreten eines Geschwürs im Anschluss an eine Rhagade. Ein consultirter Arzt verordnete eine weisse Salbe, jedoch ohne Erfolg. Ueber die Aetiologie dieses Falles wurde nichts bekannt.

c) **Primäraffecte an der Ober- und Unterlippe.** 1 Fall.

46. Scleroses initial. ad labium super. et inferioris oris. Lymphadenitis sclerotic. sub et retromaxillaris.

R. K., 21j. Cadet. Eingetreten am 25. April 1889.

Gerade in der Mitte der etwas ectropionirten Oberlippe und an der correspondirenden Stelle der Unterlippe findet sich je ein etwa halbkreuzerstückgrosses, speckig belegtes, scharfrandiges Geschwür, dessen Basis indurirt erscheint. Die sub und retromaxillaren Lymphdrüsen zu einem mächtigen Packet angeschwollen, hart, indolent.

P. erzählt, dass er seit etwa 6 Wochen die Affection an den Lippen bemerkte. Er hatte vorher an den betreffenden Stellen Rhagaden. Letzter Coitus vor 9 Wochen, wo er die ganze Nacht bei einer Prostituirten zubrachte. Aus den Rhagaden entwickelten sich allmälig Geschwüre, die er anfangs mit verschiedenen Salben behandelte.

d) **Initialsclerosen an den Mundwinkeln.** 5 Fälle.

47. Ulcus sclerotic. ad angulum oris. dextrum. Lues condylomatos. cutanea maculosa. Scleradenit. universalis.

M. K., 41j. Taglöhnerin, zeigt die Ober- und Unterlippe rechterseits bis über die Medianlinie geschwellt. Im Mundwinkel derselben Seite ein Ulcus, auf beide Lippen etwa 1 Cm. weit sich erstreckend. Die Basis des Geschwürs fühlt sich sehr derb an. Die submaxillaren Drüsen derselben Seite bilden ein faustgrosses Packet. Sämmtliche anderen zugänglichen Drüsen sind multipel tastbar. Am Stamme ein maculöses Exanthem.

P. glaubt sich von ihrer Miethsfrau inficirt zu haben. Dieselbe wird von ihrem Arzte wegen Syphilis behandelt, schmiere sich täglich mit einer grauen Salbe und nehme ein weisses Pulver. Pat. pflegt das jüngste 14 Wochen alte Kind dieser Frau, das Kind wird mit einem sogenannten „Zutzel“ aufgezogen, bekanntlich ein Leinwandlappen, in welchem gestossene Semmel und Zucker eingehüllt werden, und der dann zu einer Kugel gestaltet unten zusammengebunden wird. Bevor sie ihn dem Kind zum Saugen gab, tauchte sie ihn in warme Milch, und nahm ihn, um sich zu überzeugen, dass er nicht zu heiss sei, vorher in den Mund. Ebenso machte es auch ihre von ärztlicher Seite ausdrücklich als syphilitisch bezeichnete Mitwohnerin. An ihrem eigenen Kinde bemerkte sie ein Ulcus am Kinn. Die P. brachte ihr Kind mit und wir konnten an der betreffenden Stelle eine Initialsclerose[1]) constatiren. Auf diesen Fall komme ich noch zu sprechen.

[1]) Siehe unten Fall 79.

48. Ulcus scleroticum ad angulum oris sinistrum. Scleradenitis sub — et retromaxill. sinistr.

M. J., 60j. Bedienerin. Eingetreten am 11. Februar 1887.

Im l. Mundwinkel auf beiden Lippen sich ungefähr 1 Cm. weiterstreckend sitzt ein Geschwür, dessen Basis speckig belegt ist, dessen Ränder zerfressen sind. Der Grund des Ulcus fühlt sich derb an. Die regionären Drüsen derselben Seite bilden ein grosses, hartes Packet.

P. erzählt, es sei vor circa 3 Wochen ein kleines Knötchen am Mundwinkel entstanden, das zu dem heutigen Geschwür zerfallen sei. P. ist Bedienerin bei einer Frau, die sich den Körper mit einer grauen Salbe einreibe. P. wurde von einem Arzt auf eine chirurgische Klinik geschickt, wo das Geschwür geätzt wurde. Erst als dasselbe nicht heilte, wurde sie zu uns gesandt.

49. Sclerosis initialis ad angulum oris sinistr. Scleradenit. submaxill. et subment, nuchal. et cervicalis bilateral.

K. K., 10j. Böttcherstochter. Eingetreten am 10. Februar 1888.

Am l. Mundwinkel findet sich ein etwa kreuzergrosses, ziemlich tiefes, am Grunde zum Theil speckig belegtes, zum Theil mit braunen Eiterborken bedecktes Geschwür, dessen Ränder sehr derb infiltrirt und scharf sind. Die obengenannten Drüsen vergrössert, hart.

Der Vater des Kindes erzählt, dass er vor 14 Tagen eine kleine Beule am Kinne unserer P. bemerkt habe, einige Tage später ein Ulcus am linken Mundwinkel. Der Vater erzählt weiter, dass er vor einiger Zeit eine Puella publica durch 14 Tage beherbergt habe, und dass das Kind wiederholt von diesem Mädchen geküsst worden sei.

50. Ulcus scleroticum ad angulum oris. sinistr. Lues condylomat. Lymphadenit. sclerotica submaxill. cervical et axill.

A. K., 13j. Tischlerstochter. Eingetreten am 17. Februar 1890.

Am l. Mundwinkel findet sich ein fast kreisrundes, $1\frac{1}{2}$ Cm. im Durchmesser haltendes, speckig belegtes Geschwür, dessen Basis sclerosirt erscheint. An den Arcaden Papeln. Die submaxill. cervical. axillaren Drüsen vergrössert, hart.

Das Kind soll seit circa 8 Wochen die Lippenaffection haben, die in Form einer Rhagade auftrat.

Unsere kleine Patientin hat sich wie ihre 7j. Schwester [1]) von ihrer eigenen Schwester, der 20j. K. K., inficirt, die im Spital mit Erscheinungen einer floriden Lues lag. Ebenso inficirte sich der neunjährige Bruder A. K., bei dem es sich handelte um

51. Sclerosis initialis in angulo oris dextr. Lues condylom. cutanea macul.-papulosa. Scleradenitis universalis.

A. K., 9j. Tischlerssohn. Eingetreten am 17. Februar 1891.

---

[1]) Vide Fall 13.

Am rechten Mundwinkel findet man ein etwa linsengrosses mit dickem grau-gelben Belag bedecktes Geschwür, dessen Basis eine derbe Consistenz hat. Am Stamme ein maculö-papuloses Exanthem. Papeln an der Mundschleimhaut und an den Tonsillen. Sämmtliche tastbaren Lymphdrüsen vergrössert, hart.

Die Mutter des Kindes beobachtete vor etwa 3 Monaten am r. Mundwinkel des P. ein kleines Knötchen, das immer grösser wurde. Einige Tage nach dem Auftreten des Knötchens kam es zur Anschwellung der Drüsen am Halse; seit 2 Wochen beobachtete die Mutter das Exanthem.

Sowohl dieser Patient, wie seine beiden kleinen Schwestern schliefen abwechselnd mit der älteren Schwester in einem Bett.

II. Initialsclerosen an der Mamma.

15 Fälle.

52. Sclerosis initialis mamillae dextr. Lues cutanea maculosa. Scleradenitis universalis praecipue axillaris dextr.

A. K., 25j. Taglöhnerin, hat ein über den ganzen Körper ausgebreitetes orbiculär angeordnetes Syphilid. Der Warzenhof der r. Brust zeigt einzelne, violettblau pigmentirte strahlige Narben. Die Warze selbst etwas geschrumpft, von eigenthümlicher, fast knorpelharter Resistenz. Die Drüsen in der rechten Achselhöhle taubeneigross; von denselben lässt sich ein deutlicher, gänsekieldicker Strang gegen die Mamma verfolgen.

Die Infection erfolgte durch ein Pflegekind. Nachdem P. durch 14 Tage das fremde Kind bei sich hatte, bemerkte sie an demselben einen Ausschlag am Stamm und besonders reichlich in den Schenkelfalten. Mit der Indolenz der Leute, denen es hauptsächlich um Entgelt für Pflegekinder zu thun ist, beachtete sie die Sache nicht weiter. Nicht lange darauf begann sich ihre Brust zu entzünden und es entstand ein Ulcus zunächst der Warze. Erst nach 12 Wochen heilte das Geschwür. Seit zwei Monaten bemerkte sie den Ausschlag am Körper.

53. Sclerosis initialis mammae sinistrae. Adenitis suppurativa axillaris sinistra; allgemeines Knotensyphilid der Haut; Gummata auf dem Kopfe, an der Wange und in der Schlüsselbeingegend.

M. W., 26jährige Taglöhnerin, zeigt auf dem Kopfe zunächst dem linken Seitenwandbein drei Exulcerationen, von denen die eine fünf, die anderen 2—3 Cm. im Durchmesser haben. Sämmtliche haben scharf begrenzte, kallös aufgeworfene Ränder, die Basis theils mit nekrotischem Gewebe, theils mit schlaffen Granulationen bedeckt. In der Mitte der l. Wange ein kreuzergrosses, blaurothes Infiltrat; der rechte Nasenflügel defect. Ein ebenso beschaffenes Infiltrat wie an der Wange befindet sich rechterseits über dem Schlüsselbein, die Brustwarze links nur rudimentär vorhanden, in der Achselhöhle derselben Seite eine 3 Cm. grosse lineare Narbe.

P., die ihr Kind, nachdem es 1 Jahr alt war, abstillte, verdingte sich zu einer Beamtensfrau als Amme. Das Pflegekind hatte am ganzen Körper und auch im Munde nässende Knötchen und Flecken. Sie hatte das Kind ungefähr 3 Wochen an der Brust, als links an derselben ein Ulcus entstand, das zwar von dem Hausarzt mit dem „blauen Stift" sofort zerstört wurde, jedoch immer weiter griff. Während dieser Zeit schwollen ihr die Drüsen in der Achselgegend derselben Seite an; gingen in Eiterung über und wurden von dem Arzte eröffnet. Die P. war bereits 3 Monate von dem Kinde weg, als sie am ganzen Körper einen Fleckenausschlag bekam, gegen den sie Jodkali verordnet erhielt. Unter der Behandlung mit Jodkali schwand der Ausschlag. Jedoch schon 8 Wochen später war sie am ganzen Körper mit kleinen Knoten übersät. Später bildete sich ein grosser Knoten am rechten Nasenflügel. Ihre jetzige Affection besteht seit 3 Monaten.

54. Primäre multiple Geschwüre an beiden Brüsten, Roseola; recidives schuppendes Exanthem; Papeln an den Genitalien und zwischen den Zehen.

A. B., 21j. Dienstmagd, bemerkte seit ungefähr 1 Woche brennende Schmerzen zwischen den Zehen des r. Fusses. Es zeigten sich in den Spatien zwischen der 4. und 3., 3. und 2., 2. und 1. Zehe des rechten Fusses macerirte Papeln. Am Stamme zahlreiche, leicht schuppende Infiltrate; der Warzenhof beider Brüste dunkel pigmentirt, innerhalb desselben rechts zwei, links drei ungefähr, 2 Cm. grosse, sich pergamenthart anfühlende Narben. Die Drüsen allgemein, besonders in der Achselhöhle beiderseits geschwellt. P. hatte vor 1 Jahr ein kräftiges, gesundes Kind geboren, das 6 Monate darnach an einer fieberhaften Krankheit starb. Damals wurde in ihrer Heimat eine kräftige Amme mit reichlicher Milch für ein, wie man ihr sagte, krankes Kind nach Wien gesucht. Der behandelnde Arzt des Kindes untersuchte sie bei ihrem Eintritt und sie nahm in seiner Gegenwart (!) das Kind an die Brust. Sie selbst wunderte sich, wie elend das Kind sei, und ist ihr besonders die gelbliche Hautfarbe desselben und ein Ausschlag an der Stirne, an Händen und Füssen aufgefallen. Im Verlauf der zweiten Woche bildeten sich an beiden Brüsten einzelne Bläschen, die aufbrachen und sich dann zu grösseren Geschwüren vereinigten. Nach 4 Monaten trat ein Exanthem am Körper auf, ebenso die Affection zwischen den Zehen.

55. Primäraffect an der rechten Brustwarze, papulomaculöses Syphilid. Zerfall eines Gumma am weichen Gaumen.

M. F., 36j. verheiratete Taglöhnerin.

Der weiche Gaumen zum Theile abgängig. Die Ränder des Defectes stark gewulstet, uneben mit necrotischen Gewebstrümmern bedeckt.

An der rechten Brust eine Narbe von 4 Cm. Durchmesser, die von der Mamilla beginnend sich bis nahe zum Rand des Warzenhofes erstreckt. In der rechten Achselhöhle eine taubeneigrosse indolente Drüse.

Die Aetiologie der Infection war wieder dieselbe. P. hatte ihr Kind abgestillt und ein fremdes Kind an die Brust genommen. Dieses Kind zeigte in den Schenkelfalten und am After linsengrosse, nässende Stellen.

56. **Initialaffect der linken Brustwarze, maculo-papulöses Hautsyphilid.**

A. M., 29j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 22. Juli 1880.

Die linke Brustwarze und der Warzenhof erschien von mehreren linsen- bis bohnengrossen Knoten durchsetzt. Die ganze Partie war bedeutend resistent. Von dieser Brustwarze aus konnte man unter der Haut gegen die linke Achselhöhle ziehende derbe federkieldicke Stränge verfolgen, die linksseitigen Achselhöhlendrüsen waren bis hühnereigross geschwellt, sclerosirt. Die rechte Brustwarze bot ähnliche Verhältnisse, jedoch mit geringerer Infiltration und flacheren Knoten. Die r. axillaren, collaren und mentalen Drüsen sclerosirt, tastbar. An den Genitalien bestanden zahlreiche nässende Infiltrate. Am Körper ein maculo-papulöses Syphilid

Die Kranke, die fünf gesunde Kinder geboren hatte, nahm eine Woche vor dem Tod ihres jüngsten, 22 Wochen alten Kindes einen Findling aus der hiesigen Anstalt in ihre Pflege. Weder die Mutter noch das Kind boten, wie uns von dort aus mitgetheilt wurde, irgend welche Zeichen von Lues. — Bald nach der Uebernahme bemerkte die Amme am Körper des Kindes ein gelb abschilferndes Exanthem, daneben einzelne erbsengrosse Efflorescenzen mit eitrigem Inhalte. Später wurde seine Stimme heiser, es wurde immer schwächer, so dass sie sich bewogen fühlte, es nach 2 Monaten zu restituiren. Es war sehr herabgekommen, hatte beiderseits ulceröse Keratitis und starb schon am 2. Tage. Aeussere Zeichen von Lues wurden am Kinde nicht constatirt, die Lustration unterblieb.

Vierzehn Tage nach der Abgabe des Kindes bemerkte die Frau, dass ihre linke, später auch die rechte Brustwarze zu jucken begannen und an denselben nässende Geschwüre entstanden.

57. Initialsclerose der rechten Brustwarze mit consecutivem Fleckensyphilid.

A. C., 44j. verheiratetes Schneidersweib. Eingetreten am 17. Mai 1881.

An der rechten Mamma fand sich oberhalb der Brustwarze ein mehr als haselnussgrosses, an der Oberfläche exulcerirtes Infiltrat mit speckig belegtem Grunde und derben infiltrirten Rändern. Nach unten und aussen von der linken Mammilla sassen kleinere, dieselben Charaktere tragenden Infiltrate. Die Drüsen in der rechten Achselhöhle waren bedeutend angeschwollen und hart. Ad Genitale nässende Papeln. Am Stamme ein maculöses Exanthem.

Die P. hatte vor 3 Monaten ein 6 Wochen altes Kind in Pflege genommen und dasselbe genährt. Der Säugling war schwächlich, blutete häufig aus der Nase und dem Zahnfleisch, hatte gesprungene Lippen und litt an Kurzathmigkeit. Nach 14 Tagen traten bei ihm nässende Papeln in der Anal-Genitalgegend auf. Drei Wochen vor ihrem Spitalseintritte bemerkte sie oberhalb ihrer rechten Brustwarze ein kleines Knötchen,

welches bald exulcerirte und verhärtete. Eine Woche später entstanden ähnliche Knötchen an der l. Mammilla, die denselben Verlauf nahmen. Von dem Exanthem und der Genitalaffection ist ihr nichts bekannt. Ihr eigenes Kind war zur Zeit der Uebernahme des fremden 4 Monate alt. Seit dem Auftreten der Affection an der rechten Brust legte sie dasselbe stets an die linke an, das fremde an die rechte. An ihrem Kinde will sie bisher keinerlei Erscheinungen beobachtet haben.

58. Syphilis ulcerosa serpiginosa. Sclerosis initiales sanatae mammae utriusque.

M. P., 36j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 22. November 1881.

In der Mitte der Ulnarfläche des l. Vorderarmes befand sich ein beinahe kreisrundes, 6 Cm. im Durchmesser haltendes Geschwür, das im Centrum bereits vernarbt war, während die Ränder zu beiden Seiten aufgeworfen, der Grund zerklüftet erschien. Ausserdem fanden sich Narben in der Mitte der Beugefläche des Vorderarmes und unter beiden Brustwarzen, besonders unter der linken Mammilla. Eine linksseitige Axillardrüse etwa wallnussgross tastbar.

Die Krankheit der Patientin begann vor circa 2 Jahren mit Ulcerationen der Brustwarzen, als sie ein zur Pflege übernommenes Findelkind säugte. Später trat zeitweilig Halsschmerz auf, vor einem Jahre bildete sich das Geschwür auf dem linken Arme. Sie ist Mutter von fünf Kindern, welche, wie ihr Mann, stets gesund waren.

59. Ulcus scleroticum mammae dextrae. Syphilis cutanea papulosa.

A. S., 25jähr. verheiratete Schuhmachersfrau. Eingetreten am 27. Mai 1882.

An den Genitalien fand man zahlreiche Papeln. Ueber Stamm und Extremitäten ein papulöses Exanthem. Sämmtliche Lymphdrüsen waren geschwellt, die in der rechten Achselhöhle wallnussgross. Die Infection war in diesem Falle von der rechten Mammilla ausgegangen. Die P. hat im December 1881 geboren; da ihr Kind an „Fraisen" starb, nahm sie ein Findelkind in Pflege, welches sie durch 2 Monate nährte. Dasselbe war bei der Uebernahme sehr schwächlich und soll viele Geschwüre am Rücken gehabt haben. Da sich sein Befinden nicht besserte, gab sie es der Anstalt zurück, wo man ihr angeblich mittheilte, dass das Kind früher einen Ausschlag durchgemacht habe. Einen Monat später bemerkte sie an den Brustwarzen das Auftreten kleiner Geschwüre, die sich später verhärteten, drei Wochen nachher trat ein Ausschlag am ganzen Körper auf.

60. Initialsclerosen beider Brustwarzen; allgemeine Drüsenschwellung; papulöses Hautsyphilid.

F. M., 25j. ledige Dienstmagd. Eingetreten am 6. Juli 1884.

An der r. Brustwarze, entsprechend der äusseren Hälfte des Warzenhofes, befand sich ein 2 Cm. langes, 1 Cm. breites, auf sclerosirter Basis aufsitzendes, exulcerirtes, mit schwammigen Granulationen bedecktes Infiltrat; nach aussen unten von demselben zwei ähnliche bohnengrosse,

In der oberen Hälfte des l. Warzenhofes sass ein denselben Charakter tragendes Geschwür. Die beiderseitigen axillaren Drüsen waren vergrössert, hart, die linksseitigen über wallnussgross. Von der rechten Mamma liess sich ein rabenkieldicker, sclerosirter Strang bis in die Achselhöhle verfolgen. An den Genitalien zahlreiche nässende Papeln, über dem ganzen Körper ein kleinpapulöses Syphilid.

Die P. hatte vor 5 Monaten geboren; weder an der Mutter noch an dem Kinde wurde während ihres Aufenthaltes in der Findelanstalt irgend welche Erkrankung constatirt. Nach ihrem Austritte aus der Anstalt nahm sie eine Stelle als Amme bei einem 2 Tage alten Kinde an, dessen Mutter bei der Geburt gestorben war. Dieselbe soll, wie P. später in Erfahrung brachte, einige todte Kinder geboren haben. Als der Säugling eine Woche alt war, will sie an demselben ein Exanthem bemerkt haben, zugleich soll er schlecht gesaugt und öfters aus dem Munde geblutet haben. Es starb im Alter von 5 Wochen. Acht Tage zuvor hatte die Amme das Haus verlassen. Einige Tage später bemerkte sie die Bildung harter Knötchen an beiden Brustwarzen, ca. 3 Wochen wurde sie mit essigsaurer Thonerde behandelt, bis sie endlich unserer Ambulanz zugewiesen wurde.

61. Sclerosis initialis mammae dextrae. Lues condylom. cutanea maculo-papulo-pustulosa. Scleradenitis cervicalis, inguinalis, axillaris, praecipue dextra.

J. Sch., 37j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 6. April 1886.

An beiden Mammae um die mamilla herum, besonders in der unteren Circumferenz finden sich mehrere bis über kreuzergrosse, stark elevirte nässende Infiltrate, von denen sich eines, etwa 2 Cm. langes, 1 Cm. breites im rechten unteren Quadranten der rechten Mamilla durch besondere Resistenz auszeichnet. Am Stamme ein reichliches maculo-papulöses Syphilid. Ad Genitale nässende Papeln, die oben angeführten Drüsen geschwellt hart, die rechten axillaren bis wallnussgross, sehr derb.

Die P., die 7 gesunde Kinder geboren hatte, nahm am 15. October 1885 ein fremdes Kind in Pflege, das 3 Wochen alt war. Nach zwei Monaten bemerkte P. an dem in Pflege übernommenen Kinde ad nates Bläscheneruptionen und nach einigen Tagen ein über den ganzen Körper ausgebreitetes Exanthem. P. nährte das fremde Kind zuerst an der r. Brust, während sie ihr eigenes an der linken hatte. Erst als ihr Kind an Diphtheritis starb, nährte sie das Pflegekind abwechselnd an beiden Brüsten. Sechs Wochen vor ihrem Spitalseintritt bemerkte P. das Auftreten von Bläschen an der rechten Brust, die sich allmälig zu Ulcera heranbildeten; 4 Wochen nach dieser Affection trat das Exanthem auf.

62. Ulcus scleroticum mamillae sinistrae. Lues condylom. cutan. macul. papulosa. Scleradenitis universalis praecipue axillar. sinist.

M. R., 30j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 10. Februar 1887.

Die linke Brustwarze und der Warzenhof erscheinen von mehreren bis bohnengrossen Knoten durchsetzt. Die ganze Partie war bedeutend

resistent. Von dieser Brustwarze aus konnte man unter der Haut gegen die l. Achselhöhle ziehende federkieldicke Stränge verfolgen. An den Genitalien zahlreiche nässende Papeln, am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid; sämmtliche Drüsen waren vergrössert, hart, namentlich aber die linksseitigen Achselhöhlendrüsen. Dieselben waren bis hühnereigross geschwellt, hart.

Die P. nahm eine Woche vor dem an „Fraisen" erfolgten Tod ihres 2 Monate alten Kindes ein fremdes Kind in ihre Pflege. Einige Tage nach der Uebernahme desselben bemerkte die Amme einen Ausschlag an ihrem Pflegekind. Später wurde seine Stimme heiser, und nach 2 Monaten starb das Kind. Vier Wochen vor ihrem Spitalseintritt bemerkte die P., dass an ihrer l. Brustwarze nässende Geschwüre entstanden. Vor 1 Woche traten die Erscheinungen am Genitale auf und das Exanthem am Körper. P. hatte 4 gesunde Kinder geboren und war nie krank.

63. Sclerosis initialis ad mammam sinistr. Lues condylom. cutan. macul. Scleradenitis axillar. bilat.

Z. B., 32j. verheiratete Fleischersgattin. Eingetreten am 3. Aug. 1892.

An der l. Mamma fand sich oberhalb der Brustwarze ein mehr als haselnussgrosses, exulcerirtes Infiltrat mit derben infiltrirten Rändern. Die Drüsen in den Achselhöhlen beiderseits bedeutend angeschwollen und hart. Am Stamme ein maculöses Exanthem. Die P., die 2 Jahre verheiratet ist und ihr Kind selbst stillt, nie abortirt hat, deren Mann vollkommen gesund war, bemerkt seit etwa 1½ Monaten einen Ausschlag am Körper ihres Kindes, seit 4 Wochen Geschwüre an den Lippen und ad genitale. Ihre Affection bemerkt sie seit 3 Wochen. Es wurde, da die Infectionsquelle nicht klar war, das Kindermädchen unserer P. citirt und da stellte es sich heraus, dass dasselbe vor etwa ½ Jahre mit Erscheinungen einer floriden Lues im Spital lag.

64. Ulcus scleroticum mammae dextrae. Lues cutan papulosa. Scleradenitis universalis praecipue axillaris dextra.

M. M., 35j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 4. Aug. 1892.

An der rechten Mamilla findet sich ein ungefähr linsengrosses, speckig belegtes Ulcus, dessen Grund sich sehr derb anfühlt. Die regionären Drüsen wallnussgross, hart. Am Körper ein maculöses Exanthem.

Die P. hatte vor 3 Monaten ein 6 Wochen altes Kind in Pflege genommen und dasselbe genährt. Der Säugling war schwächlich, blutete häufig aus der Nase, hatte gesprungene Lippen. Nach 14 Tagen traten Geschwüre ad genitale und ad anum auf. Seit 3 Wochen bemerkte P. die Affection an ihrer rechten Brustwarze. Ihr eigenes Kind war einige Tage vor Uebernahme des Pflegekindes an „Fraisen" gestorben.

65. Sclerosis initialis mamillae sinistrae. Lues condylom. cutanea macul-papulos. Scleradenit. universalis praecipue axillar.

K. S., 28j. verheiratete Taglöhnerin. Eingetreten am 15. März 1894.

An der linken Mamilla findet sich ein pilzförmiger, haselnussgrosser Tumor, der in seinem Centrum die Färbung und Zusammensetzung der Mamilla erkennen lässt, in der Peripherie aber aus derben, oberflächlich zerfallenem, speckig belegtem Gewebe zusammengesetzt ist. Von diesem Infiltrat lässt sich zur linken Achselhöhle ein federkieldicker, derber Lymphstrang verfolgen. Die entsprechenden Drüsen bis hühnereigross, sclerosirt. Am Körper ein ausgedehntes maculo-papulöses Exanthem. Hier wurde die Aetiologie der Infection nicht klar; die P. hatte nie geboren, ist seit 4 Jahren verheiratet; ihr Mann soll angeblich gesund sein.

66. Sclerosis initialis mammae dextrae. Lues condylom. cutanea maculosa. Scleradenitis universalis praecipue axillaris dextra.

J. Z., 29j. ledige Magd. Eingetreten am 12. December 1895.

Man sieht rechts von der Mamilla ein circa kreuzergrosses, braunrothes, knorpelhartes Infiltrat, das an der Oberfläche zart überhäutet ist. Am Stamme ein maculöses Syphilid. Ad genitale, sowie an den Gaumenbögen exulcerirte Papeln. Sämmtliche Lymphdrüsen vergrössert, hart, die der rechten Achselhöhle wallnussgross vergrössert und sehr derb.

Unsere P. gebar am 17. Aug. 1895 in der Gebäranstalt und wurde am 1. September in die Findelanstalt transferirt. Daselbst wurde ihr nebst ihrem eigenen Kinde noch ein zweites Kind zugetheilt. Dieses Kind starb angeblich mit einem Ausschlag (!) behaftet bald nach der Entlassung der P. aus der Anstalt, die am 10. September erfolgte. Anfangs October bemerkte nun P. die Affection an der rechten Brustwarze, seit 3 Wochen die Affection ad genitale.

Initialaffect an der Brust eines Mannes. 1 Fall.

67. Initialsclerose unterhalb der Clavicula. Suppuration der rechten Achseldrüsen; maculöses Exanthem.

J. Sch., 21j. lediger Agent. Eingetreten am 15. Februar 1879.

An der rechten Brusthälfte 4 Cm. unter dem Schlüsselbein findet sich ein Geschwür von 2½ Cm. Länge und 1 Cm. Breite mit steilen Rändern, stark infiltrirtem Grunde. Die Drüsen in der Achselhöhle rechts stark geschwellt. Am Stamme ein ausgebreitetes maculöses Exanthem.

Als Entstehungsursache gibt der P. eine Kratzwunde an, die ihm sein ältester Bruder mit dem Fingernagel beigebracht habe. Dieser Bruder war zu wiederholtenmalen mit allgemeiner Syphilis an der Klinik in Behandlung gestanden.

III. Primäraffecte an den Fingern.

5 Fälle.

68. Sclerosis initialis digit. secund. dextr. Lues condyl. cutan. maculo-papulosa. Scleradenitis universalis praecipue cubital. dextr.

J. H., 46j. verheiratete Hebamme, wurde am 28. Juli 1886 aufgenommen.

An der Volarseite des rechten Zeigefingers sieht man auf der Haut zwischen dem 1. und 2. Gliede eine unregelmässig begrenzte, erhabene, narbige, etwa kreuzergrosse Stelle von glänzender, blassvioletter Farbe und harter schwieliger Consistenz. Die freie Beweglichkeit des Zeigefingers im ersten interphalangealen Gelenk ziemlich gehemmt. Am Stamme ein maculopapulöses Exanthem, ad genitale zahlreiche Papeln. Sämmtliche Drüsen vergrössert, hart, die rechte Cubitalis fast wallnussgross, sclerosirt.

Unsere P., Mutter zweier gesunder Kinder, erzählt, dass sie vor circa 3 Monaten zur Entbindung eines unverheirateten Mädchens gerufen wurde. Ob diese einen Ausschlag gehabt, weiss P. nicht anzugeben. Drei Wochen nach dieser Entbindung bemerkte P. an der betreffenden Stelle ein kleines Geschwür, das allmälig grösser wurde. P. behandelte sich allein mit verschiedenen Salben. Anfangs nahm das Geschwür an Grösse zu, später jedoch verheilte es, aber sehr langsam. Vor circa 3 Wochen bemerkte P. den Ausschlag am Körper und ad genitale; seit dieser Zeit, seit Bestand des Auschlags, übt P. ihr Geschäft nicht mehr aus, wohl aber vorher mit dem nur locker verbundenen Zeigefinger.

69. Ulcus scleroticum ad digit. secund. man. sin. Ulcera sclerotic. ad genitale extern. Scleradenitis inguinalis et cubitalis sinistr.

K. K., 32j. Goldarbeitergehilfe. Eingetreten am 28. October 1889.

Ueber der Basis der Grundphalange des linken Zeigefingers befindet sich ein über kreuzergrosses Geschwür. Die Ränder desselben sind aufgeworfen, hart. Die Umgebung des Ulcus derb infiltrirt. An der Uebergangsstelle des äusseren in das innere Blatt des Präputiums findet sich entprechend den beiden Seitenlinien je ein elevirtes, circa linsengrosses Geschwür mit sehr stark infiltrirtem Grunde. Die inguinalen Drüsen beiderseits multipel geschwollen, sehr hart. Die cubitale Drüse links stark vergrössert, knorpelhart.

Fünf Wochen vor seinem Spitalseintritt bemerkte unser P. ad genitale Geschwüre, die er sich selbst mit Jodoform behandelte. Zur selben Zeit fügte sich der P. eine Stichwunde am linken Zeigefinger zu. Da die Stichwunde ihn schmerzte, legte sich der Kranke Talg auf, unter welcher Behandlung sich ein Geschwür bildete, das vollkommen schmerzlos war und nach der Peripherie sich ausdehnte. Der Wundrand war erhaben und hart.

70. Sclerosis initialis ad digit. med. sin. Lues condylomat. cutan. maculo-papulosa; Scleradenitis cubitalis axill. et cervical. bilat.

W. T., 36j. verheirateter Bademeister. Eingetreten am 11. April 1894.

An der Dorsalseite der ersten Phalange des l. Mittelfingers findet man eine Exulceration von der Grösse eines Zwanzigkreuzerstückes. Die Ränder sind aufgeworfen und derb infiltrirt. Am Körper

zerstreut und ad genitale theils exulcerirte, theils oberflächlich schuppende Infiltrate. Ausserdem findet sich am Stamme ein reichliches maculöses Syphilid. Die Körperlymphdrüsen sind tastbar, besonders vergrössert und hart sind die cubitalen, axillaren und cervicalen Drüsen.

P., der nie eine Genitalaffection durchgemacht hatte, ist 13 Jahre verheiratet und Vater von 6 gesunden Kindern. Die Affection am l. Mittelfinger besteht 8 Wochen u. zw. trat zuerst an der Dorsalseite des l. Mittelfingers eine kleine Blase auf, die sich P. mit einer Bürste abrieb, worauf eine nässende Fläche sich entwickelte. Die Affection vergrösserte sich immer mehr. Seit 14 Tagen konnte P. nicht mehr seiner Beschäftigung nachgehen, da in der ganzen l. Extremität starke Schmerzen bestanden.

71. Sclerosis initialis pollic. sin. Lues condyl. cutan. macul.-papulosa. Scleradenitis universalis.

J. R., 24j. Elektrotechniker. Eingetreten am 10. December 1895.

Am lateralen Rande des Daumens findet sich in der Gegend des ersten Phalangealgelenkes ein etwa kreuzergrosser Substanzverlust mit stark infiltrirten Rändern und derbem Grunde. Der Nagel grau verfärbt vom Nagelfalz etwas gelockert. Am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid. Die Drüsen allenthalben vergrössert, hart, namentlich die linke Cubitalis.

P., der nie inficirt war, zog sich in Ausübung seines Berufes an der betreffenden Stelle eine Verletzung zu. Dieselbe heilte nicht, sondern es bildete sich ein Ulcus, das immer grösser wurde. Die Aetiologie der Infection wurde in diesem Falle nicht eruirt.

72. Cicatrix ad digit. med. sin. post sclerosim initial. Lues condylom. cutanea papulos. Iritis luetica dextr. Scleradenitis universalis praecipue cubitalis et axillaris sinistr.

M. H., 62j. verheiratete Hebamme. Eingetreten am 13. Februar 1895.

An der zweiten Phalanx des l. Mittelfingers sieht man an der Dorsalseite eine etwa kronengrosse, glänzende, blassviolette, strahlige Narbe, die sich von dem darunter liegenden Knochen verschieben lässt. Am Stamme ein ausgebreitetes maculo-papulöses. Syphilid; ad genitale zahlreiche exulcerirte Papeln. Am rechten Auge die Erscheinungen einer acuten Iritis. Sämmtliche Lymphdrüsen vergrössert, hart, die Cubitalis links und die l. Axillaren fast wallnussgross sclerosirt.

Unsere P., die früher stets gesund war, bemerkte im August vorigen Jahres an der betreffenden Stelle ein Knötchen, das exulcerirte, zugleich schwoll der ganze Finger an und im Laufe von 8 Tagen erstreckte sich die Anschwellung über die ganze l. Extremität, u. zw. war es ein längs der Beugeseite des Armes verlaufender rother Strang, längs dessen sich die Anschwellung localisirte. Dieser rothe Strang liess sich bis zur Achselhöhle verfolgen, wo das Drüsenpaket bedeutend angeschwollen war. Nach 2 Monaten bemerkte sie das Auftreten des Hautausschlages.

P. ist 38 Jahre verheiratet, hat 10mal geboren, alle Kinder leben und sind gesund. P. fungirt 33 Jahre als Hebamme. Anfang Juli d. J. war

sie bei einer Wöchnerin, deren Kind 8 Tage nach der Geburt starb; von den früheren wurden 2 todt geboren und 8 andere starben kurz nach der Geburt an einer der P. unbekannten Krankheit.

IV. Initialsclerosen an den Tonsillen.

3 Fälle.

73. Sclerosis initialis tonsillae sinistr. Lues condylom. cutanea macul-papul. Scleradenitis universalis praecipue sub-et retromaxillar.

J. P., 25j. Kaufmann. Eingetreten am 5. Jänner 1880.

Man findet bei dem P. die l. Tonsille in ein rundes, tiefes, kraterförmiges Geschwür mit scharfen, zackigen Rändern umgewandelt. Die Basis des Ulcus speckig belegt, der Geschwürsgrund sowie die Ränder fühlen sich derb an. Am Stamme ein macul. papul. Exanthem. Die Lymphdrüsen u. zw. namentlich die submaxill. mächtig geschwollen hart, die übrigen gleichfalls derb, vergrössert.

Die Infectionsquelle blieb hier unbekannt.

74. Ulcus scleroticum ad tonsill. sinistr. Lues condylom. cutan. macul. Scleradenitis sub-et retromaxill., cervicalis et axillaris.

B. K., 24j. Lackirersfrau. Eingetreten am 18. September 1882.

Die P. zeigt an ihrer l. Tonsille ein vierkreuzerstückgrosses kraterförmiges Geschwür, dessen scharfe Ränder sich knorpelhart anfühlen. Auch der Grund erscheint derb infiltrirt. Am Stamme ein reichliches Fleckensyphilid. Die oben angeführten Drüsen mächtig geschwollen, hart.

P. gibt an, dass sie seit 3 Wochen Halsschmerzen verspürte, weshalb ihr ein consultirter Arzt ein Gurgelwasser verschrieb. Da aber das Leiden nicht besser wurde, und seit einigen Tagen ein Ausschlag am Körper auftrat, suchte sie [illegible] auf. P. war nicht im Stande etwas über die Aetiologie näheres mitzutheilen.

75. Sclerosis initialis tonsill. [illegible] Lues condyl. cutan. macul. Scleradenitis sub-et retromaxill. [illegible] cervical. sinistr.

B. J., 24j. [illegible]. Eingetreten am [illegible] März [illegible].

Man findet an der [illegible] Tonsille [illegible] kreuzergrosses [illegible] Geschwür [illegible]. Am Körper ein [illegible] [illegible] angeschwollen. [illegible]

P. [illegible] seit [illegible] Wochen Halsschmerzen [illegible] wurden [illegible] Hause. [illegible] einigen Tagen [illegible] am Körper [illegible] vollkommen [illegible]

[illegible]

gezogen und dieselbe angeblich nie in den Mund genommen. Dagegen nährte sie das Kind zuweilen auch mit einem Löffel, den sie selbst immer beim Essen benützte, und verkostete die Speise, bevor sie dieselbe dem Kinde reichte in den Mund geführt, um sich zu überzeugen, ob die selbe nicht zu heiss ist. Das Pflegekind, das P. gleich mitbrachte, zeigte die Erscheinungen einer floriden Lues.

V. Initialaffecte am Abdomen.

3 Fälle.

76. Ulcus scleroticum abdominis. Scleradenitis inguinal. bilateralis.

A. T, 19j. lediger Flösser. Eingetreten am 1. März 1887.

An der Haut des Abdomens links von der Mittellinie, etwa 2 Cm. oberhalb der Grenze der Pubes findet sich ein ovales, circa $3^1/_2$ Cm. langes und 3 Cm. breites, speckig belegtes Geschwür, dessen Ränder aufgeworfen und hart sind, dessen Grund derb infiltrirt erscheint. Die Drüsen in beiden Leisten bis wallnussgross, sehr hart.

Vor 4 Wochen verletzte sich P. beim Coitus an der betreffenden Stelle durch einen Kratzaffect. Nach 14 Tagen bemerkte P. an dieser Stelle ein Knötchen, das allmälig grösser wurde und exulcerirte.

77. Sclerosis initialis abdominis. Lues condylom. cutan. macul. Scleradenitis universal.

A. M., 37j. verheirateter Kaufmann. Eingetreten am 13. Mai 1889.

In der linken Unterbauchgegend ungefähr 3 Cm. über der Mitte des ligament. Poupartii findet sich ein etwa zwanzigkreuzerstückgrosses Geschwür mit harten, aufgeworfenen Rändern und stark infiltrirtem Grunde. Ausserdem findet man Papeln an den Arcaden und an den Tonsillen; ferner ein reichliches maculöses Exanthem am Körper. Sämmtliche zugängliche Lymphdrüsen vergrössert, hart.

P., der 13 Jahre verheiratet ist, gibt aussereheIichen Coitus zu und erzählt, dass er bei einem solchen von dem Mädchen an der betreffenden Stelle verletzt wurde. Vier Wochen nachher entwickelte sich aus der Verletzung ein Geschwür, das allmälig an Grösse zunahm, seit 14 Tagen besteht das Exanthem.

78. Ulcus scleroticum abdominis Scleradenitis inguinalis.

Fr. C., 18j. Bräuer. Eingetreten am 4. August 1890.

In der rechten Unterbauchgegend, ungefähr 5 Cm. von der Mitte der Linea alba entfernt, sitzt ein circa wallnussgrosses, kraterförmiges Geschwür, mit harten, aufgeworfenen Rändern und derbem Grunde. Die inguinal. Lymphdrüsen, namentlich rechts, mächtig geschwollen, hart, indolent.

P. bemerkte etwa 3 Wochen nach dem letzten Coitus an der betreffenden Stelle ein Knötchen, das, sich aufkratzte und das später exulcerirte.

VI. Initialsclerosen am Kinn.

5 Fälle.

79. Sclerosis initialis ad mentum. Lues cutan. maculo-papulo-pustulosa. Scleradenitis univers.

H. K., 14 Wochen altes Kind der M. K.,[1]) hat am Kinn u. zw. links von der Medianlinie, 2 Cm. von dem Lippenroth nach abwärts, einen scharf begrenzten Substanzverlust, dessen Basis mit schwammigen Granulationen bedeckt ist. Der Grund des Geschwürs erscheint von einer eigenthümlichen Lederhärte, die Drüsen am ganzen Körper geschwellt; in der Regio submentalis eine etwa bohnengrosse geschwellt, hart. Am Stamme zahlreiche Papeln.

Unsere kleine P. wurde von ihrer eigenen Mutter inficirt; wahrscheinlich wurde hier das Virus auf eine durch den Speichel macerirte oder sonst zufällig des Epithels beraubte Stelle am Kinn inoculirt.

80. Sclerosis initial. menti. Adenitis submaxill. sinistr. sclerotica.

M. C., 16j. ledige Dienstmagd. Eingetreten am 6. Juni 1881.

Am Kinn etwas nach links von der Medianlinie befand sich eine 1 Cm. im Durchmesser haltende, kreisrunde, das Niveau der Haut etwas überragende, infiltrirte Narbe. Die entsprechenden Submaxillardrüsen waren wallnussgross.

Das Leiden der P. begann vor 3 Monaten mit einer kleinen juckenden Pustel am Kinn, welche aufbrach, sich vergrösserte und unter Narbenbildung heilte.

Die Mutter der P. lebte in Gemeinschaft mit einem luetisch inficirten Manne, abortirte zweimal; zum dritten Male gebar sie ein schwächliches aber wohl ausgetragenes Kind, welches schon bei der Geburt gesprungene Lippen hatte, ferner an Schnupfen und an Kurzathmigkeit litt. Dieses Kind starb im Alter von 6 Monaten und von demselben glaubt P., die es pflegte, inficirt worden zu sein.

81. Initialsclerose am Kinn; Lues condylom. cutan. papul. Scleradenitis universalis, praecipue submaxill. dextr.

J. H., 28j. lediger Tischlergeselle. Eingetreten am 22. Mai 1883.

Ziemlich in der Mitte des Kinnes befand sich ein kreisrundes Geschwür, dessen Umgebung stark infiltrirt war. Die rechtseitigen Submaxillardrüsen waren kleinapfelgross geschwellt, hart. Auf dem Stamme ein papulöses Syphilid. Die Aetiologie der Infection blieb unbekannt.

82. Sclerosis initialis ad mentum. Lues condyl. cutan. papulos. Scleradenitis submaxill., cervical., axill. et cubitalis bilateral.

Th. G., 28jähr. ledige Dienstmagd. Eingetr. am 30. Juni 1887.

Am Kinn, etwas nach rechts von der Medianlinie, befand sich ein über 3 Cm. langes und über 2 Cm. breites Geschwür, dessen Ränder

---

[1]) Siehe Fall 47.

stark infiltrirt erscheinen; die submaxill. und cervicalen Lymphdrüsen, letztere in doppelter Rosenkranzreihe geschwellt, bis nussgross, hart. An der Schleimhaut der Mundhöhle Papeln. Die Ursache der Infection konnte in diesem Falle nicht eruirt werden.

83. Sclerosis initial. menti. Lues condyl. cutan. macul. papul. Scleradenitis submaxill. cervical. inguinal. bilateral. sclerotica.

M. A., 25jähr. Mediciner. Eingetr. am 20. Jänner 1894.

Am Kinn u. zw. rechts von der Medianlinie, 2 Cm. vom Lippenroth nach abwärts, findet sich ein vierkreuzergrosser, tiefer, scharf begrenzter Substanzverlust, dessen Basis mit schwammigen Granulationen bedeckt ist. Am Stamme ein reichliches, maculo-papulöses Exanthem; ad genitale Papeln.

P. hat eine Acne indurata faciei mit Narbenbildung, gegen die er sich schon längere Zeit selbst behandelte. P. bemerkte an der betreffenden Stelle das Auftreten eines Knötchens, das ihm als Acneknötchen imponirte, kurze Zeit nachdem er von seinem Raseur an dieser Stelle geschnitten wurde. P. behandelte sich zuerst allein mit essigsaurer Thonerde; das Knötchen wurde jedoch immer grösser und exulcerirte allmälig. Als jedoch Pat. von einem Exanthem überrascht wurde, suchte er die Klinik auf.

VII. Initialaffecte an der Zungenspitze.

2 Fälle.

84. Sclerosis initialis apic. linguae. Lues condylom. cutan. macul. Scleradenitis submaxill. cervic. et axillaris.

N. R., 33j. Kaufmann. Eingetr. am 26. Februar 1893.

An der Zungenspitze sieht man ein circa kreuzergrosses Geschwür, dessen Grund sich sehr derb anfühlt. Am Stamme ein reichliches maculöses Exanthem. An den Arcaden exulcerirte Papeln. Die oben angeführten Drüsen geschwellt, sclerosirt.

Pat. acquirirte 3 Wochen nach dem letzten Coitus an der Zungenspitze ein Bläschen, das er mit einer Nadel aufstach; später wandelte sich das Bläschen in ein Geschwür um. Seit einigen Tagen bemerkt er den Ausschlag. Pat. gibt erst nach öfterem Inquiriren an, dass er Zunge und Lippen mit den Genitalien einer Prostituirten in Berührung gebracht habe.

85. Ulcus scleroticum apicis linguae. Lymphadenitis submaxillaris sclerotica.

J. Z., 22j. Dienstmädchen. Eingetr. am 18. Februar 1886.

An der Zungenspitze sitzt ein scharfrandiges, speckig belegtes Geschwür, dessen Grund stark infiltrirt erscheint. Die submaxillaren Drüsen beiderseits hart, geschwollen.

Seit 14 Tagen bemerkt Pat. eine Anschwellung am Halse unterhalb des Kiefers und einen Tag darauf ein Bläschen an der Zungenspitze. Das

Bläschen platzte und zerfiel zu einem Geschwür, das allmälig grösser wurde. Der Modus der Infection blieb unbekannt.

VIII. Primär-Sclerosen an der Wange.

2 Fälle.

86. Initialaffect der linken Wange. Lues condylom. cutan. maculos. Scleradenitis universalis.

J. Sch., 25j. lediger Fleischer. Eingetr. am 6. Dec. 1880.

In der Mitte der linken Wange befand sich ein haselnussgrosser, circumscripter, oberflächlich exulcerirter Knoten, von dem aus sich einige sclerosirte Lymphsträuge zu einem über wallnussgross angeschwollenen submaxillaren Lymphdrüsenpackete verfolgen liessen. Auch die cubitalen und nuchalen Drüsen waren tastbar. Am Stamme ein reichliches Fleckensyphilid. Ad genitale Papeln.

Der Pat. acquirirte vor 7 Wochen ein Knötchen an seiner linken Wange, das er beim Rasiren verletzte, und welches sich seither stetig vergrösserte. Nach der Aetiologie befragt, gab er an, dass er eine Dirne zu besuchen pflegte, deren Gewohnheit es war, beim Coitus den Mann ins Gesicht zu beissen; jedesmal wäre der Eindruck der Zähne sichtbar gewesen. Ob die Haut dabei verletzt wurde ist ihm nicht erinnerlich.

87. Sclerosis initialis malae sinistrae. Lues condylom. Papulae mucos. ad arcum palatogloss. et -pharyngeum. Scleradenitis submaxill. et nuchal. sinistra.

K. W., 24j. Dienstmagd. Eingetr. am 15. März 1892.

In der Mitte der linken Wange fand sich ein kreuzergrosser, exulcerirter Knoten. Die Ränder des Ulcus unregelmässig, hart. Die nächste Umgebung hart infiltrirt. Die submaxill. Drüsen links vergrössert, hart.

Pat. bemerkte 4 Wochen vor dem Spitalseintritt an der l. Wange ein Knötchen „Wimmerl", das sie sich beim Waschen aufriss, worauf sich ein Geschwür bildete, das allmälig grösser wurde. Auf die Natur ihres Leidens aufmerksam gemacht, gibt P. an, von ihrem Liebhaber, der gesund sein soll, an der kritischen Stelle öfters geküsst worden zu sein.

IX. Primäraffecte am Augenwinkel und Conjunctiva tarsi.

2 Fälle.

88. Initialsclerose am inneren Augenwinkel. Schwellung der Körperlymphdrüsen besonders der cervicalen und submaxillaren, nachfolgend ein maculöses Syphilid.

L. R., 18j. lediger Tischler. Eingetr. am 20. October 1880.

Am Uebergange der Haut in die Conjunctiva palpebrarum fand man eine etwa 1/2 Cm. gegen die Nase zu sich erstreckende wallartige Infiltration, über welcher die Haut intensiv geröthet ist und die sich hart anfühlte. Die Conjunctiva palpebrae zeigte bis zur Uebergangsfalte eine intensive Röthung und Schwellung, die sich auch auf die Bulbusconjunc-

tiva erstreckte. Die Drüsen der Cervical- und Submaxillargegend waren beiderseits tastbar. Auch die anderen zugänglichen Lymphdrüsen waren multipel erbsengross geschwellt.

Sechs Wochen vor dem Spitalseintritt bemerkte Pat. an der genannten Stelle ein Knötchen, das anfangs für ein Hordeolum angesehen wurde. Da es aber sich stetig vergrösserte und exulcerirte, wandte er sich an einen Arzt, der das Ulcus für ein Epitheliom erklärte und ihn an eine chirurgische Klinik wies. Von dort kam er zu uns.

P. gibt an, dass er mit einem Manne, der, wie ihm bekannt war, mit einem Ulcus specificum behaftet war, in einer Werkstätte arbeite und mit ihm ein und dasselbe Handtuch benützte.

89. Sclerosis initialis conjunctivae tarsi palpebrae infer. oculi sinistri. Lues condylom. cutan. macul. papul. Lymphadenit. universalis sclerotic.

A. J., 37j. verheirateter Taglöhner. Eingetr. am 6. Juli 1888.

Das Unterlid des linken Auges mässig geschwollen, die Lidspalte kleiner als am anderen Auge. Die Conjunctiva tarsi des unteren Lides zeigt eine circa $1/2$ Cm. lange, $1/2$ Cm. breite, ziemlich scharf begrenzte Geschwulst, die am inneren Augenwinkel neben der Caruncula beginnt, bis fast zur Mitte des Lides reicht und knapp neben der inneren Kante des Lides gelagert ist. Ueber die Anschwellung hinaus zeigt die Conjunctiva tarsi sowie die Uebergangsfalte geringe Reizerscheinungen, während die Conjunctiva bulbi stark geröthet und gelockert erscheint. Die Secretion im Conjunctivalsack gesteigert. Das obere Lid sowie die einzelnen Abschnitte des Bulbus zeigen normale Verhältnisse. Am Stamme ein reichliches maculo-papulöses Syphilid. Ad genitale exulcerirte Papeln, ebenso an der Schleimhaut des Mundes, sowie des Nasenseptums. Sämmtliche zugänglichen Lymphdrüsen, insbesondere aber die linke präauriculare, submaxillare, multipel geschwollen, sclerosirt.

Acht Wochen vor dem Spitalseintritt bemerkte P. eine Anschwellung am linken unteren Augenlide. Er wurde von dem consultirten Arzt auf die Augenklinik, von dort in unsere Ambulanz geschickt. Patient ist seit 1 Jahr verheiratet, Vater eines angeblich gesunden Kindes. Mit seiner Frau, die ebenfalls gesund sein soll, hatte P. regelmässig bis in die letzte Zeit den Coitus ausgeübt. P. behauptet nie inficirt gewesen zu sein, während seiner Verheiratung nie extra matrimonium mit einem Mädchen verkehrt oder ein Osculum auf die betreffende Stelle bekommen zu haben. Doch gibt er an, dass er sich täglich, bevor er von der Arbeit nach Hause gehe, Hände und Gesicht mit einem Handtuch wasche, das auch seine Collegen benützten. Ob einer von diesen krank wäre, weiss P. nicht anzugeben.

X. Initialsclerose am Nasenflügel.

1 Fall.

90. Sclerosis initialis alae dextrae nasi; Lues condylom. cutan. papulosa. Scleradenitis universalis praecipue praeauricular. et submaxill. dextra.

M. K., 44j. verwitwete Hebamme. Eingetreten am 29. Mai 1895.

Die Haut des rechten Nasenflügels vorgewölbt, leicht geröthet, gefältet und oberflächlich schuppend. In der Tiefe tastet man ein sehr derbes, ungefähr bohnengrosses Infiltrat. Die rechte praeauriculare und submaxillare Drüse bedeutend vergrössert, hart, indolent.

Am Stamme zahlreiche bis kreuzergrosse Papeln. An der Haut der Planta beiderseits mehrere braunrothe Infiltrate mit centraler Schuppung. Ad genitale gleichfalls nässende Papeln.

Die Kranke, die fünf gesunde Kinder geboren und nie abortirt hatte, bekam 1½ Monate vor ihrer Aufnahme eine Anschwellung der rechten Gesichtshälfte woran sich eine Schwellung der rechten Halsseite anschloss. Nach Application einer Salbe, die ein Arzt verordnete, soll die Anschwellung im Gesichte nach 8 Wochen vollkommen, die des Halses bis auf die jetzige Vergrösserung der Drüsen geschwunden sein. Von der Affection am rechten Nasenflügel weiss P. nichts anzugeben, 14 Tage vor dem Spitalseintritt bekam P. das Exanthem. Infectionsmodus ist nicht zu eruiren.

XI. Initialaffecte am Schamberge.

2 Fälle.

91. Initialsclerose oberhalb des Schamberges, darauffolgend maculöses Syphilid. Scleradenitis universalis. Eczema post scabiem.

W. F., 55j. Schuhmacher. Eingetreten am 16. November 1880.

Es handelte sich um eine stark malträtirte Scabies, welche von hochgradigen ekzematösen Erscheinungen begleitet war. Daneben bestand etwa 3 Finger oberhalb der Peniswurzel 1 Cm. nach links von der Medianlinie in der Bauchhaut eine etwa kreuzergrosse, lividrothe, scharf begrenzte Einlagerung von Knorpelhärte, deren Oberfläche leicht schuppte. Sämmtliche zugänglichen Lymphdrüsen waren multipel geschwellt, hart. Am Stamme eine deutliche Roseola syphilitica.

Neben seiner Scabies, mit der er durch 4 Monate behaftet war, bemerkte P. 3 Wochen nach einem Coitus das Knötchen am Unterleib das ihn besonders juckte und von ihm aufgekratzt wurde.

92. Sclerosis initialis ad montem veneris. Lues cutanea maculo-papulosa. Lymphadenitis sclerotica inguinalis.

A. A., 21j. Kaufmann. Eingetreten am 9. Jänner 1888.

Circa 2 Finger oberhalb der Peniswurzel in der Medianlinie sieht man ein etwa vierkreuzergrosses, scharf begrenztes Ulcus, dessen Grund sich sehr derb anfühlte. Am Stamme ein maculo-papulöses Syphilid.

Die inguinalen Lymphdrüsen waren multipel geschwellt, hart.

P., der noch nie inficirt war, bemerkte 4 Wochen nach dem 1. Coitus am Mons veneris einen kleinen, leicht gerötheten Fleck, der in Kurzem zu nässen begann. Der Modus der Infection blieb in diesem Falle unbekannt.

XII. Primäraffect am Perineum.

1 Fall.

93. **Sclerosis initialis ad perineum. Lymphadenitis sclerotica inquinalis bilateralis.**

A. J., 26j. Dirne. Eingetreten am 6. Februar 1887.

Am Perineum rechts von der Mittellinie, etwa 2 Cm. vom Introitus vaginae entfernt, findet sich ein rundliches, 1 Cm. im Durchmesser messendes Geschwür mit speckigem Grunde, knorpelharten, unterminirten Rändern und stark infiltrirter Umgebung. Die Inguinaldrüsen beiderseits bohnengross, sclerosirt. Das Genitale rein.

P. bemerkte zwei Wochen vor ihrer Aufnahme ein Knötchen an derselben Stelle, wo das Geschwür sitzt. Bei Ausübung ihres Geschäftes wurde ihr das Knötchen aufgerissen. Es entwickelte sich ein Geschwür, das immer grösser wurde.

An der extragenitalen Infection betheiligten sich die Frauen mit einer verhältnissmässig grösseren Zahl als die Männer. Die Gesammtzahl der Fälle extragenitaler Syphilisinfection betrug vom Jahre 1880 bis 1895 auf unserer Klinik 93. Davon entfallen allein 65 auf den Zeitraum von 11 Jahren vom Jahre 1886 bis zum Jahre 1895 inclusive. In dem eben genannten Zeitraum wurden behandelt 1575 Patienten mit Syphilis, genital inficirt. Von diesen waren 1256 Männer und 319 Frauen.

In demselben Zeitraum befanden sich in Behandlung 65 Patienten, die auf extragenitalem Wege inficirt wurden — also 4·1%. Von diesen waren 32 männliche Individuen und 33 weibliche. Auf 1256 genital inficirte Männer kamen 32 extragenital inficirte, das ist 2·5%, während 33 extragenital inficirte Frauen auf 319 genital inficirte entfielen also 10·3%. Diese Zahlen entsprechen den Angaben anderer Autoren ziemlich genau.

Krefting[1]) fand von sämmtlichen Kranken 15·6% extragenital inficirt und zwar 4·3% bei Männern und 12·8% bei

[1]) Krefting. Extragenitale Syphilisinfection. Archiv f. Derm. u. Syph. 1894 p. 167.

Frauen. Aus Moskau (dem Mjassnitzky'schen Krankenhaus) liegen von Pospelow[1]) Berichte über 198 Fälle von extragenitalen Infectionen vor, die im Laufe von 10 Jahren beobachtet wurden und zwar gibt Pospelow an, dass jährlich 15—25 Personen aus der Arbeiterclasse auf unschuldige Weise inficirt werden.

Joseph[2]) fand 2·73% bei Männern und 27·94% bei Frauen. Die grösste französische Statistik datırt von Jullien.[3]) Dieser berichtet über 126 extragenital inficirte Fälle, u. z. 18% bei Frauen und 3·6% bei Männern.

Bulkley[4]) gibt an, dass von der extragenitalen Infection die Männer in 6%, die Frauen aber in 12% betroffen werden. Diesen hohen Procentsatz erklären sich einige Autoren dadurch, dass die Frauen als Mütter, Wärterinen, Ammen, der extragenitalen Ansteckung viel leichter ausgesetzt sind, als die Männer. Ich kann mich dieser Ansicht nicht vollkommen anschliessen. Von den von mir zusammengestellten 65 extragenital inficirten Fällen waren 32 männliche und 33 weibliche Individuen. Schon dies, dass die Anzahl der extragenital inficirten Frauen der Anzahl der Männer, wenigstens auf unserer Klinik, fast gleichkommt, spricht dafür, dass der Grund der hohen Procentzahl bei den Frauen wo anders gesucht werden muss. Sammelt man, wie ich es gethan habe, die Anzahl der genitalen Sclerosen bei den Frauen und Männern durch eine längere Reihe von Jahren, so findet man, dass die Anzahl der genitalen Initialsclerosen bei den Frauen eine viel kleinere ist, als bei den Männern. Dies erklärt sich daraus, dass die Frauen nicht wie die Männer, sofort wenn sie eine Genitalaffection acquirirt haben, ärztliche Hilfe aufsuchen, sondern zumeist erst, wenn sie von secundären Symptomen überrascht werden, also zu einer Zeit, wo der Initialaffect

---

[1]) Pospelow. Ueber extragenitale Syphilisinfection. Archiv für Derm. u. Syph. 1889 p. 59.

[2]) Joseph. Ueber extragenitale Syphilisinfection. Referat im Arch. f. Derm. u. Syph. p. 315.

[3]) Jullien. Maladies veneriennes. 1886 p. 528.

[4]) Bulkley. Syphilis in the Innocent. 1894. New-York.

gewöhnlich spurlos verschwunden ist. Sucht man nun das Verhältniss der extragenitalen Sclerosen zu den gleichzeitig vorgekommenen genitalen, so erhält man infolge dessen diese hohe Procentzahl bei den Frauen.

In dem genannten Zeitraum von 11 Jahren hat die Häufigkeit der extragenitalen Infectionen bedeutend variirt, wie dies aus folgender Tabelle ersichtlich ist.

	Genital angesteckt			Extragenital angesteckt				Summa	Extragenital procentweise
				Erwachsene		Kinder			
	Männer	Frauen	Summe	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.		
1885	75	20	95	1	1	—	—	2	2·4%
1886	85	28	113	2	3	—	—	5	4·4%
1887	95	35	130	2	5	—	—	7	5·3%
1888	117	28	145	5	2	—	—	7	4·8%
1889	137	45	182	6	3	—	—	9	4·9%
1890	120	24	144	3	—	—	—	3	2·1%
1891	98	17	115	—	1	1	—	2	1·7%
1892	145	30	175	1	4	—	1	6	3·4%
1893	102	21	123	3	1	—	—	4	3·2%
1894	135	32	167	4	1	1	2	8	4·7%
1895	147	39	186	3	9	—	—	12	6·4%
Total	1256	319	1575	30	30	2	3	65	4·1%

Wie man sieht, ist die absolut grösste Zahl von extragenital Inficirten im Jahre 1895 in Behandlung gestanden, nämlich 12 Fälle. Der Grund mag darin liegen, dass auf unserer Klinik die Anzahl der luetisch inficirten Kranken jährlich eine bedeutende Steigerung aufweist, und Hand in Hand mit der jährlichen Steigerung der genital Inficirten auch eine Zunahme der extragenital Inficirten einhergehen dürfte. Die Gesammtzahl der Fälle extragenitaler Syphilisinfection betrug im Laufe des obengenannten Zeitraumes 65, u. z. waren die Sclerosen nach dem Ort des Eindringens des syphilitischen Contagiums folgendermassen vertheilt:

1. An den Lippen: 39 Fälle, und zwar bei 21 Männern und 18 Frauen.
2. An der Zungenspitze: 2 Fälle, bei 1 Frau und 1 Mann.
3. An den Tonsillen: 3 Fälle, 1 Mann, 2 Frauen.
4. An der Bindehaut der Augenlider: 1 Fall bei 1 Mann.
5. An der Wange: 1 Fall bei einer Frau.
6. Am Nasenflügel: 1 Fall bei einer Frau.
7. Am Kinn: 2 Fälle, bei einer Frau und 1 Mann.
8. An der Mamma: bei 6 Frauen.
9. An den Fingern: bei 5 Fällen, und zwar bei 2 Frauen und 3 Männern.
10. Am Abdomen: 3 Fälle bei Männern.
11. Am Perineum: 1 Fall bei einer Frau und schliesslich
12. Am Mons veneris: Fall, bei einem Mann.

Schon bei flüchtiger Betrachtung dieser Zahlen fällt es in die Augen, dass die Infection per os die häufigste Form der extragenitalen Syphilisinfection bildet; ihr folgt die Infection durch Stillen an der Brust, dieser schliesst sich als nächst häufigste Form die Infection durch die Finger an, während an anderen Körpertheilen die Primäraffecte in relativ geringerer Zahl vertreten sind.

A. Primäraffecte an den Lippen, Zunge, Tonsillen.

Die Gesammtzahl der per os Inficirten betrug 44, darunter 23 Männer und 21 Frauen. In 39 Fällen sassen die Sclerosen an den Lippen, in 2 Fällen an der Zungenspitze und in 3 Fällen an der Tonsille.

a) Wie bei meinen Fällen die extragenitalen Lippengeschwüre, was die Häufigkeit ihres Vorkommens betrifft, die erste Stelle einnehmen, so finden wir dies auch bei anderen Autoren. Bulkley, der bis zum Jahre 1894 alle beschriebenen Fälle von extragenitaler Syphilisinfection sammelte und die imposante Zahl von 9058 Fällen aufweist, theilt mit, dass die Lippen in 1992 Fällen der Sitz der primären syphilitischen Papeln waren. Pospelow, der 198 Fälle von extragenitalen Sclerosen publicirt, fand in 49 Fällen primäre Lippengeschwüre, Krefting in 142 Fällen.

Was die Sclerosen der Lippen anbelangt, so boten sie zumeist die Zeichen einer Ulceration von harter Consistenz mit unterminirten Rändern, oder sie waren mit einer braunen Borke bedeckt, nach deren Entfernung ein typisches Geschwür zu Tage trat. In den meisten Fällen war den Lippenschankern eine Rhagade an der betreffenden Stelle, die nicht heilen wollte, vorausgegangen. Die Mehrzahl der primären Papeln der Mundlippen waren von einem derben Oedem der befallenen Lippe in toto oder der angrenzenden Lippentheile begleitet.

Von den 39 beobachteten Fällen waren 10 auf der Oberlippe, 24 an der Unterlippe, 3 an den Mundwinkeln localisirt und in einem Falle sass die Sclerose an der Oberlippe, die andere an der Unterlippe, und schliesslich waren in 1 Falle 2 Schanker an der Unterlippe, der eine am Lippenroth, der andere an der vorderen Fläche der Unterlippe. Das pathognomische Symptom der Sclerosen, „die Induration", war fast in allen Fällen vorhanden, und auch die Schwellung und Härte der Submaxillardrüsen, besonders auf der Seite, wo der Primäraffect seinen Sitz hatte, fehlte nie. In einigen Fällen bemerkten die Patienten zuerst die Drüsenschwellung und dann erst später das Geschwür. Wenn bereits eine universelle Scleradenitis da war, so imponirten trotzdem die submaxillaren Drüsen durch ihre Grösse und Resistenz.

Was die Aetiologie der Syphilisinfection per os betrifft, so hatten bei meinen Fällen den Hauptantheil die Küsse; ferner vermittelten die Infection mit grösster Wahrscheinlichkeit Trinkgläser Fall XXXVI und XLIII, Handbürste LXX, Cigarrenstümpfe Fall XXV, Zahnstocher Fall XII, Pfeifenspitze Fall XXXI und endlich ein Biss in die Unterlippe Fall XLII. Dieser letzte Fall verdient in Bezug auf die Ursache der Infection einiges Interesse, da extragenitale Sclerosen, hervorgerufen durch Biss, zu den Seltenheiten gehören. Analog unserem Falle 36 berichtet Sturgis[1] von einem Manne, der durch Biss in die Wange eine Initialsclerose acquirirte; Baum erwähnt einen gleichen Fall,[2] Zeissl[3]) eine

[1]) Referat in der Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1874 p. 586.
[2]) Vide Fall 86.
[3]) Ibidem 1878 p. 485.

auf dieselbe Weise entstandene Infection an der Dorsalfläche des linken Daumens. In diesen Fällen handelte es sich immer nur um eine Sclerose, während bei unserem Fall sich aus jeder der Bisswunden, die etwa $1^1/_2$ Cm. von einander entfernt waren, je ein Schanker sich entwickelte. Meine Befunde der Infectionsformen per os schliessen sich an zahlreiche in der Literatur verzeichnete Beobachtungen an, die aufzuzählen viel zu weit führen würde. Um nur Einiges hervorzuheben, seien erwähnt ausser den Küssen die verschiedensten und mannigfachsten Handwerksutensilien, die die damit Beschäftigten während der Arbeit in den Mund nehmen: Ansatzstücke zu Musikinstrumenten, Geldstücke, Löffel, Saugdüten von Kinderflaschen, Trinkgläser etc. etc.

Interessante Beobachtungen, wie die mannigfachsten Gegenstände die Ansteckung per os vermitteln können, erwähnt Pospelow in seiner Abhandlung über extragenitale Syphilisinfection und Bulkley in seinem Buche: „Syphilis in the Innocent.“ Die Infection per os wird im grössten Masse durch den regen gesellschaftlichen Verkehr und durch Ansteckung im häuslichen Kreise veranlasst, siehe Fall X, XIII, XXX, XLVIII, LI.

b) Was die primären Sclerosen der Zunge anbelangt, so wurden auf unserer Klinik 2 Fälle beobachtet. Der eine Fall LXXXIV betraf einen Mann, der seine Lippen und Zunge mit dem Genitale seiner Geliebten, in Verbindung brachte, bei dem 2. Fall war der Infectionsmodus unklar. In beiden Fällen boten die Geschwüre typische Symptome und waren stets von einer auffallenden Schwellung und Resistenz der submaxillaren Drüsen begleitet.

c) Was endlich die dritte Infectionsform per os, die Racheninfection betrifft, so wurden auf der Klinik 3 Fälle von Tonsillarschanker behandelt. In allen 3 Fällen hat die Sclerose auf der linken Tonsille gesessen. Pospelow fand die rechte Tonsille, Krefting die linke als die am häufigsten afficirte, was wohl von Zufälligkeiten des Infectionsmodus abhängig sein dürfte. Die Diagnose bei unseren Fällen bot keine besondere Schwierigkeiten. Es waren kraterförmige Geschwüre mit knorpelharten Rändern und infiltrirtem Grunde. Die typische

Schwellung der retro- und submaxillaren Drüsen auf der Seite der Affection war immer vorhanden. Alle 3 Fälle kamen wegen Beschwerden beim Schlucken und wegen Halsschmerzen in unsere Ambulanz. Ich glaube, dass die Anzahl der Racheninfectionen in unserer Stadt eine grössere sein dürfte, als die oben genannte, da ein grosser Theil sich vermuthlich der Aufmerksamkeit entzieht und diese Leute wegen ihrer Halsbeschwerden und Schmerzen beim Schlucken viel eher einen anderen Arzt consultiren als den Syphilidologen. Lenz.[1]) der fünf Fälle von extragenitaler Syphilisinfection publicirt, erwähnt einen Fall von Tonsillarschanker bei einer Gastwirthsfrau, so dass bisher nur 4 Fälle im Ganzen an den Prager Kliniken beobachtet wurden.

Der Infectionsmodus konnte nur in einem Falle eruirt werden und zwar bei dem Fall LXXV durch Pflegen eines syphilitischen Kindes; die Pflegemutter benützte denselben Löffel, mit dem sie dem Kinde die Speise reichte, und verkostete immer vorher die Speise, die sie dem Kind verabreichte.

B. Primäraffecte im Gesichte.

An dieser Stelle kamen 4 Fälle vor und zwar ein Fall (89) an der Bindehaut des rechten unteren Augenlides, 2 Fälle am Kinn (82, 83) und 1 Fall an der Wange (87). Was den Fall 89 am Augenlid anbelangt, so scheint die Infection durch ein Handtuch vermittelt worden zu sein. Man kann annehmen, dass auf diesem Wege ein vielleicht zu Borken eingetrocknetes und durch die Feuchtigkeit wieder erweichtes Secret, das nach Boeck[2]) seine Inoculabilität durch lange Zeit bewahrt, übertragen wurde. In dem Falle V, Initialaffect am Kinn, dürfte wahrscheinlich die Infection durch Verletzung mit einem Rasirmesser erfolgt sein.

---

[1]) Lenz. Fünf Falle extragenitaler Syphilis. Wiener klin. Rundschau. 1896.

[2]) Boeck. Ueber syphilitische Infectionsweisen und die Inoculabilität des syphilitischen Virus. Arch. f. Derm. u. Syph. 1879 p. 168.

C. Primärsclerosen an der Mamma.

Die Anzahl der beobachteten Infectionen an der Mamma war 6 und zwar in 3 Fällen auf der rechten, in den anderen 3 Fällen auf der linken Seite. Die Diagnose der syphilitischen Primäraffection bot keine besondere Schwierigkeiten, da sowohl Induration als auch charakteristische Drüsengeschwulst stets deutlich ausgesprochen vorhanden war. In zwei Fällen beobachtete man einen federkieldicken Lymphstrang vom Primäraffect bis zu den betreffenden Axillardrüsen. In 5 Fällen war der Infectionsmodus nachweisbar; es handelte sich um Mütter, die ein fremdes Kind, das später Zeichen von Lues zeigte, in Pflege genommen.

Es ist auch leicht erklärlich, wie durch derart erkrankte Kinder eine Infection herbeigeführt werden kann. Durch den Saugact der Kinder kommt es sehr oft und sehr leicht zu Maceration und oberflächlichen Verletzungen der Mammilae, die die Eingangspforte für das syphilitische Virus bilden.

Es scheint, dass es sich in den auf unserer Klinik beobachteten Fällen um noch nicht eclatant gewordene, oder leicht zu übersehende luetische Erkrankungen der Säuglinge gehandelt hat. Unverzeihlich ist es aber, wenn ein Arzt — Fall 54 — eine solche Infection verschuldet hat.

Professor Pick unterlässt es nie, in seinen Vorlesungen darauf aufmerksam zu machen, dass es absolut unstatthaft sei, ein syphilitisch krankes Kind einer gesunden Amme an die Brust zu legen. Kann eine Mutter ihr syphilitisches Kind nicht selbst stillen und findet sich nicht eine schon kranke Amme, so soll das Kind künstlich genährt werden; nie sei man aber berechtigt, um eines noch sehr problematischen Lebens willen die Gesundheit einer Person zu gefährden.

Eine weitere sehr häufige Ursache der Brustdrüseninfection ist der im Volke übliche Gebrauch, der sogar als ein Beweis von Artigkeit angesehen wird, dass die Frauen, wenn sie einander besuchen, dem fremden Kinde die Brust reichen. Und macht man die Frauen auf die Gefahr der Ansteckung aufmerksam, so hört man oft, wie letztere mit vollster Ueberzeu-

gung erwidern, „man könne von einem unschuldigen Kinde nicht angesteckt werden.“

D. Primäraffecte an den übrigen Körpertheilen.

Am Abdomen wurde der syphilitische Primäraffect in 3 Fällen bei Männern beobachtet, am Perineum in einem Fall bei einer Frau und am Mons veneris bei einem Mann. In allen diesen Fällen ist aus der Aetiologie das Moment des Kratzens hervorzuheben. Die Geschwüre boten stets charakteristische Symptome und waren stets mit Schwellung und auffallender Resistenz der regionären Lymphdrüsen verbunden.

An den Fingern ist der Primäraffect in 5 Fällen beobachtet worden. In zwei Fällen LXVIII, LXXII handelte es sich um Hebammen. Bei dem ersten Fall LXVIII war die Schwangere angeblich gesund, bei dem zweiten Fall LXXII handelte es sich um eine notorisch syphilitische Person. Der Schanker an den Fingern ist das den Aerzten und Hebammen eigene extragenitale Geschwür, eine Form der Lues, die Bukley „Syphilis technica“ benannt hat. Bukley sah in seiner Praxis 15 Fingersclerosen, darunter bei 10 Aerzten.

Die Diagnose der an den verschiedensten Stellen vorkommenden Initialerscheinungen der Syphilis kann mitunter sehr schwierig werden. Es können mannigfache andere Processe, die an den genannten Stellen aufzutreten pflegen, zur Verwechslung Anlass geben. An den Lippen kann das Epitheliom in Frage kommen, an den Brustdrüsen neben dem Epitheliom eine Form des chronischen Ekzems, das mit starker Infiltration einhergeht. Der Tonsillarschanker kann sehr leicht mit einer Angina oder Diphtheritis verwechselt werden. Dass ein solcher Mensch, der umhergeht, ohne etwas von seinem Leiden zu wissen, ein gefährlicher Factor in der Verbreitung der Lues wird, ist selbstverständlich. Namentlich beim Tonsillarschanker ist dies am ehesten der Fall, weil die Schluckbeschwerden von den Patienten selbst als ein gewöhnliches Halsübel angesehen werden. Diese Kranken suchen sehr spät den Arzt auf, sie trösten sich so lange damit, dass das Halsübel wieder bald vorübergehen werde, bis sie von secundären Erscheinungen überrascht werden. An den Fingern wird

die Affection in der Regel verkannt, als ein Panaritium oder bei Aerzten als eine septische Infection angesehen.

Es kann vorkommen, dass an Ort und Stelle, wo das syphilitische Virus eingedrungen ist, die Veränderungen nichts Charakteristisches darbieten, nur unter dem Bilde einer einfachen Erosion oder Excoriation, einer oberflächlichen, scheinbar insonten Ulceration ablaufen. In solchen Fällen kann der Primäraffect sehr leicht übersehen werden; namentlich wird das dann der Fall sein, wenn die Haut des Körpers durch anderweitige Entzündungsprocesse verändert ist, wie dies zum Beispiel der Fall ist bei Scabies, Prurirgo, Acne. Ich erlaube mir auf den Fall LXXXIII zu verweisen, wo der Primäraffect durch eine längere Zeit von einem consultirten Arzt für einen Acneknoten angesehen wurde, nachdem sich am Gesichte eine ausgebreitete Acne befand. In dieser Hinsicht ist ein Fall von „Familiensyphilis“ bemerkenswerth, den ich in Kürze beifügen will.

R. W. kommt mit ihren 23 Monate und 3 Jahre alten Kindern auf unsere Klinik wegen Halsschmerzen und eines Ausschlages am Körper. Man findet an den beiden Kindern sowie an der Mutter Erscheinungen einer floriden Lues. Die Infection erfolgte von einem bei dieser Familie in Diensten stehenden syphilitisch inficirten Dienstmädchen. In keinem dieser Fälle war man im Stande trotz der genauesten Untersuchung den Primäraffect oder Spuren desselben zu finden.

Was den Verlauf der auf extragenitalem Wege erworbenen Syphilis anbelangt, ist es uns vielfach aufgefallen, dass die extragenitalen Primäraffecte eine längere Zeit zur vollständigen Heilung bedürfen als die genitalen, so dass bereits anderweitige, secundäre Symptome bei noch manifester Sclerose beobachtet werden. Dies lässt es erklärlich erscheinen, dass man häufig von einem schweren gallopirenden, malignen Verlaufe nach extragenitaler Infection berichtet. Plumert theilt 2 Fälle von inficirten Ammen mit, bei denen kurze Zeit nach erfolgter Infection gummöse Bildungen aufgetreten sind. Baum erwähnt einen ähnlichen Fall. Auch bei meinem Fall XIV durchläuft der Process bei dieser Patientin, beginnend vom primären Geschwür an der Oberlippe, mit rapider Geschwindigkeit sämmtliche Phasen der Syphilis.

Im Allgemeinen kann man jedoch auch aus unseren Fällen entnehmen, dass wie bei der genital erworbenen Lues, auch bei der extragenitalen aus zumeist individuellen Ursachen einzelne Fälle einen schweren Verlauf nehmen.

In dem oben Mitgetheilten möge es mir gelungen sein, einen weiteren Beitrag zur Kenntniss der extragenitalen Syphilisinfection geliefert zu haben. Bei der besonderen Wichtigkeit der Erkrankung muss es Pflicht eines jeden Arztes sein, sich mit den Symptomen der extragenitalen Syphilisinfection genau vertraut zu machen, um im gegebenen Falle die richtige Diagnose stellen zu können. Der Arzt muss sich immer der grossen Verantwortung bewusst sein, die er bei Behandlung solcher Fälle trägt, ebenso der Gefahr, die ein solches Individuum für die Familie und die Gesellschaft bedeutet.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Pick, meinem hochverehrten Chef, für die Ueberlassung und Förderung dieser Arbeit, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

———

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Januar 1897.

Vorsitzender Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Freund demonstrirt ein bereits vorgestelltes Kind aus der Abtheilung des Docenten Schiff mit Naevus pigmentosus pilosus. Hals, Rücken, Seitentheile des Thorase und die obersten Theile der Oberarme des kleinen Mädchens waren bei der ersten Demonstration, wie vorgelegte Photographien zeigen, mit einem dichten Haarkleide bedeckt, das ohne scharfe Grenze in die Kopfbehaarung überging.

Durch eine Zeitungsnotiz veranlasst, nach welcher amerikanische Forscher bei Belichtung der Haut mit Röntgenstrahlen eine Dermatitis mit folgendem Ausfall der Haare beobachtet haben sollen, ging F. daran, auch bei seiner Patientin mit den Röntgenstrahlen einen Versuch zu machen.

Ueber den physikalisch-technischen Theil seiner Beobachtungen will F. in der Gesellschaft der Aerzte berichten, klinisch war Folgendes zu beobachten.

Es wurde zunächst der Nacken des Kindes täglich zwei Stunden mit Kathodenstrahlen belichtet, das Kind blieb dabei ganz munter und zeigte anfangs auch sonst nichts Auffälliges. Am 11. Tage begannen in der belichteten Gegend die Haare spontan auszufallen und durch leichten Zug liessen sich Büschel von 5—10 Haaren herausziehen. Trotzdem von diesem Tage an die Belichtung ausgesetzt wurde, dauerte der Ausfall der Haare in gleicher Intensität fort und führte bis zum 18. December zu einer totalen Alopecie des untersten Theiles des Hinterkopfes. Schon früher wurde eine diffuse Röthung constatirt, innerhalb welcher am 5. Januar mehrere excoriirte Stellen, die stark nässten, auftraten. Unter einer Behandlung mit Ichthyolsalbe heilten dieselben jedoch rasch, wobei auch die letzten übrig gebliebenen Haare schwanden. Die ausgefallenen Haare wurden von Herrn Prosector Žehmann untersucht, welcher an ihnen statt der verdickten Haarzwiebel eine atrophische, zugespitzte Haarwurzel fand, nur wenig Haare endigten stumpf. Der Rücken und das

Hinterhaupt sind an den belichteten Stellen kahl, stellenweise geröthet als Ueberrest der überstandenen Dermatitis, ein grosser Theil hat jedoch überhaupt nie Symptome einer Dermatitis gezeigt.

Um nachzuweisen, dass die Kathodenstrahlen das wirksame Agens waren, belichtete man 12 Tage lang mit Anodenstrahlen, jedoch ohne Erfolg. Nun wurde vor die die Kathodenstrahlen aussendende Röhre ein Schirm aus Aluminium gebracht, welcher die Strahlen durchliess, jedoch die hochgespannten elektrischen Stromwellen durch einen Draht in die Wasserleitung ableitete. An der auf diese Weise belichteten Stelle am untersten Theile des Naevus begannen nach achttägiger Belichtung die Haare erst spärlich, dann büschelweise auszufallen und acht Tage später entwickelte sich wieder ein leichtes Erythem, das jetzt noch vorhanden ist. Das lichte Haarkleid dieser Gegend ist bedeutend gelichtet, in der Mitte ganz kahl, nach 10—14tägiger Belichtung dürfte die ganze Stelle kahl sein.

Durch die Versuche sind folgende drei Momente zutage getreten:

1. Der oben erwähnte Effect wurde durch die Kathodenstrahlen erzeugt.

2. Die langen, dünnen Kopthaare wurden leichter zum Ausfall gebracht als die stärkeren kurzen des Naevus.

3. Die Kathodenstrahlen entfalten erst nach ein- bis zweiwöchentlicher Belichtung ihre Wirkung, die jedoch auch nach Sistirung derselben durch vierzehn Tage fortdauert, also eine cumulative ist.

Ob der Ausfall der Haare auf die Dermatitis zurückzuführen ist ähnlich der Alopecia symptomatica nach Erysipel oder Ekzem, wie sie von Kaposi beschrieben wurde, will F. nicht entscheiden, er weist jedoch darauf hin, dass ein grosser Theil der jetzt kahlen Stellen nie eine Entzündung gezeigt hat. Ebensowenig lässt sich jetzt entscheiden, ob die Haare nachwachsen werden oder nicht. Das Kind ist seit 6 Wochen in Beobachtung, in welcher Zeit die Haare nicht nachwuchsen. Ueber weitere Versuche wird wieder berichtet werden.

Schiff fügt hinzu, dass mit Mühe eruirt wurde, dass jene Zeitungsnotiz aus Amerika stamme und jeder wissenschaftlicher Basis entbehre. Indessen berichtete Markuse aus Berlin über ähnliche Beobachtungen, weshalb sich Sch. an Regierungsrath Eder wandte, der zwar nie ähnliche Beobachtungen gemacht hat, jedoch Freund bei seinen Versuchen aufs Bereitwilligste unterstützte.

Ehrmann fragt, wie das zu verstehen sei, dass die Haarwurzeln atrophisch waren. Es sind vielleicht die Bulbi der Haare nicht mitgegangen oder sind eingetrocknet, wenn nicht gleich untersucht wurde. Vielleicht handelte es sich um Beet- oder Papillenhaare.

Freund entgegnet, dass die Haare von Prosector Zehmann untersucht wurden, der sich bisher nicht genauer über den Befund ausgesprochen hat.

v. Hebra hat in der letzten Zeit ein Kind mit reichlicher Behaarung an den Ohren gesehen. Es war das fünfte von den Kindern einer Frau, von denen vier die gleiche Anomalie aufwiesen.

v. Hebra wendet sich ferner gegen den in der letzten Nummer des Archivs für Dermatologie und Syphilis erschienenen Artikel von Zarubin über die Wirkung des Jodothyrins bei Psoriasis, nach welchem das Medicament nichts nützen und sehr gefährlich sein soll. H. hat in vier damit behandelten Fällen (die gleiche Zahl wie bei Zarubin) das Gegentheil gesehen, ein sehr schönes Resultat und in keinem Falle unangenehme Symptome.

Fall 1. Seit 10. November in Behandlung, täglich 0·20 steigend bis 1·80 Gramm Jodothyrin, Gesammtdosis 76·80. Der Patient hat um 4·020 Kg. zugenommen, im Urin fand sich weder Eiweiss noch Zucker. Die früher 1 Cm. dicken Epidermisauflagerungen an beiden Händen, Ellenbogen, Knien sind jetzt bis auf minimale Reste geschwunden, nur einzelne erbsengrosse Knötchen deuten die Grenzen der früher bestandenen Psoriasis an.

Fall 2. Seit 21. November 0·20 Jodothyrin steigend bis 1·80, im Ganzen 66·20. Von der ausgebreiteten Psoriasis mit mächtigen Auflagerungen ist jetzt wenig mehr vorhanden.

Fall 3. Erst seit 22. December in Behandlung bis 1·20 pro die, im Ganzen 21·00. Bei der letzten Untersuchung fanden sich Spuren von Jod im Urin, während in allen übrigen Fällen nie Jod nachzuweisen war. Die Besserung ist bis jetzt gering, doch ist die Psoriasis nicht mehr so confluirend, mehr zerrissen.

Fall 4. Betrifft ein Mädchen, das seit dem 18. November 55,00 erhalten hat, eine Gewichtszunahme von $^1/_2$ Kg. aufweist. Es bestand sehr starke Psoriasis, die sich nur wenig gebessert hat. Die Patienten haben nur alle 2 Wochen ein leichtes Bad bekommen, wurden dabei nie gerieben. Jedenfalls ist das Resultat günstig, ohne Schädigung des Allgemeinbefindens.

Neumann demonstrirt im Anschluss daran drei mit Jodothyrin (Baumann) behandelte Fälle von Psoriasis vulgaris:

1. Einen 33jährigen, seit 15. November in Behandlung stehenden Mann. Derselbe erhielt bisher 297 Pulver à 0·5 Gramm. Es wurde erst ein Pulver gegeben, dann jeden dritten Tag um ein Pulver gestiegen, bis zu zwölf Pulvern. Es bestand über Stamm und Extremitäten ausgebreitete Psoriasis nummularis, an den Unterschenkeln auch grössere Plaques. Jetzt sind die meisten Efflorescenzen noch sichtbar, aber stark abgeblasst, die Infiltration derselben geschwunden, die Schuppenbildung verringert. Der Effect ist etwa derselbe wie bei interner Darreichung von Arsen oder Jodkalium, steht jedoch dem durch subcutane Arsenikinjection erzielten nach. Dazu kommt, dass in sämmtlichen so behandelten Fällen Nebenerscheinungen wie Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, leichte Temperatursteigerung, Schwindel, starkes Durstgefühl und Diurese auftraten.

2. Bei dem 19jährigen zweiten Patienten trat nach Gebrauch von 27 Pulvern ein namentlich die Streckfläche der Vorderarme bis zum Handgelenke, Unterschenkel, Nacken und Gesicht befallendes Erythema Iris auf. Es ist allerdings nicht sichergestellt, ob dasselbe durch das Jodothyrin bedingt war, es trat nach Aussetzen und neuerlicher Darreichung des Mittels das Erythem nicht wieder auf. Es haben sich aber nach Abblassen des Erythems an Stelle desselben in acuter Weise schuppende Psoriasisefflorescenzen entwickelt. Gegenwärtig wird der Kranke mit Theer behandelt.

3. Ein 40jähriger Pat., schlecht genährt, Potator, der seit einem Jahre an Psoriasis leidet, hat 422 Pulver erhalten, ohne dass Heilung erfolgt wäre. Die Efflorescenzen sind blässer, weniger infiltrirt, jedoch die Schuppenmenge noch betrachtlich. — Das Mittel wird jedenfalls bei Psoriasis stets versucht werden müssen.

Ehrmann hat unter den von ihm mit Jodothyrin behandelten sechs Fallen auch einen mit Erythema multiforme beobachtet. Es betraf einen Fall, den E. schon vor zwei Jahren mit Jodkalium behandelte, worauf schon nach wenigen Grammen ein ausgedehntes toxisches Erythem auftrat. In grossen Massen hob sich die Epidermis ab, die Fusssohlen und die Flachhand verloren ihre Epidermis ganz. Vor 14 Tagen gab E. dem Pat. Jodothyrin zu halben Grammen, stieg jedoch mit Rücksicht auf die bei dem Pat. gemachte Erfahrung nicht mit der Dosis. Dennoch trat am 5. Tage ein ausgedehntes Erythem auf, so dass jetzt keine Stelle der Haut von Epidermis bedeckt ist, wie bei schwerem Pemphigus foliaceus. Mit Rücksicht auf die gleiche Beobachtung bei Darreichung des Jodkaliums und des Jodothyrins möchte E. die Wirkung des letzteren doch als Jodwirkung ansehen, obschon Jod im Harn der Patienten nicht gefunden werden konnte. Bei rascher Epidermisabstossung bei diffuser Psoriasis wird man vorsichtig sein müssen.

Grosz macht darauf aufmerksam, dass das Präparat Zarubins nicht mit dem an unseren Kliniken verwendeten identisch sei. Es ist das Thyreojodinum siccatiun (Merk), das sich als ein sehr unverlässliches Mittel erwiesen hat, da es in einzelnen Fällen schwere Nebenerscheinungen hervorrief, während ein Kind irrthümlicherweise 80 Stück nahm, ohne einen Schaden davon zu erleiden. Das von uns verwendete Jodothyrin dagegen ist ein chemisches Präparat, das genau dosirt werden kann. Wenn sich die Beobachtungen mehren werden, wird sich auch zeigen, dass die Reaction auf das Mittel eine individuell sehr verschiedene ist, so dass die Wirkungsweise nie vorausgesagt werden kann. Auch G. möchte gleich Ehrmann die Wirkung des Jodothyrins wesentlich als Jodwirkung auffassen.

Ehrmann demonstrirt

1. ein traumatisches Geschwür der Zunge herrührend von einem schadhaften Zahne. Es unterscheidet sich von einem tuberculösen durch den Mangel der Schmerzhaftigkeit, der diffusen Röthung, der charakteristischen eingeschnittenen Ränder und der Knötchen an der Peri-

pherie. Der Belag enthält keine Tuberkelbacillen. Solche Geschwüre entstehen auch an der Oberlippe alter Leute, indem die gelockerten Zähne durch die Zunge an die Lippe gepresst werden. Hier können solche Geschwüre für Rhinosklerom gehalten werden.

Neumann hält das Geschwür seiner Derbheit wegen für carcinomatös.

2. einen Pat., der noch Reste eines vorausgegangenen Syphilides zeigt. Seit 10 Tagen bestehen Schmerzen im Sulcus bicipitalis internus ausstrahlend gegen den Vorderarm. Bei Druck zucken die Muskeln des Vorderarms, es wurde auch gesteigerte Schmerzempfindlichkeit nachgewiesen. Es handelt sich also um eine Neuritis des Nervus medianus in der acuten Periode der Lues. Solche Neuritiden sind gar nicht selten und gleichzustellen den Entzündungen des Periostes und der Sehnenscheiden.

Ullmann demonstrirt einen Fall von Syphilis hereditaria recidiva bei einem 22jährigen Manne. Er wurde vor 6 Wochen in die ambulatorische Behandlung der Poliklinik aufgenommen wegen einer Geschwulst an der Aussenseite des r. Talocruralgelenkes, die damals vielfach sinuös zerklüftet, von mächtigen Exsudatmassen bedeckt war und reichlich Eiter entleerte. Eine antiluetische Behandlung besserte den Zustand, der Process schritt nicht weiter. Die Affection war im Juli für einen kalten Abscess gehalten worden trotz energischer chirurgischer Behandlung (Excochleation) jedoch nicht besser geworden. Der Pat. zeigt ferner eine Affection der Kniegelenke, deren er sich gar nicht bewusst gewesen war. Die Gelenkskapsel ist allenthalben ausgedehnt, die Gelenkbänder sind jedoch nicht gelockert, Gehfähigkeit normal, Schmerzfähigkeit fehlt. An den Tibien finden sich beträchtliche Tophi, Femur, Wirbelsäule, Schädelknochen, Oberarmknochen sind normal, dagegen zeigen die Unterarmknochen Verdickungen, die auch in einer nach Röntgen aufgenommenen Photographie als spindelige Auftreibungen der Knochen zu erkennen sind. Sonst finden sich keine Zeichen von hereditärer Lues. Von seinem Vater hat Pat. erfahren, dass die Mutter nach seiner Geburt im Wochenbette an Syphilis gestorben sei, und dass Pat. selbst gleich anfangs Zeichen von Lues geboten habe, namentlich Eiterungsprocesse am Halse. Doch sind jetzt keine Spuren solcher luetischer Affectionen vorhanden, was bei hereditärer Lues ja oft vorkommt. Es handelt sich gewiss um eine Syphilis gummosa und zwar hereditaria recidiva, nicht hereditaria tarda.

Hochsinger bemerkt, dass er bei zwei Kindern, die er in den ersten Lebensmonaten mit frischen luetischen Exanthemen behandelte, im 7. beziehungsweise 8. Lebensjahre einen ganz analogen Befund (symmetrisch an beiden Kniegelenken Flüssigkeitserguss bei vollständiger Schmerzlosigkeit) beobachtet habe. Er hatte auch sonst Gelegenheit, die Schicksale von Kindern, die er in den ersten Monaten mit congenitaler Syphilis gesehen, weiter zu verfolgen, und fand, dass in manchen Fällen die Narben an Schleimhäuten, am Lippensaum, oder ein Zurückbleiben in der Entwicklung oder allgemeine Ernährungsstörung zu beobachten waren. Es blieben aber genug Fälle, die im späteren Alter ein tadelloses Aeussere

und normale Entwicklung aufwiesen, trotzdem in den ersten Lebensmonaten sichere hereditäre Lues constatirt worden war.

Schiff fragt, ob Ullmann überhaupt eine Syphilis hereditaria tarda gelten lasse, oder ob er, wie es den Anschein habe, annimmt, dass in allen Fällen, die als solche bezeichnet werden, die ersten Symptome der Lues übersehen wurden.

Ullmann ist der Ansicht, dass es praktisch überhaupt schwer zu entscheiden sei, ob früher Symptome von Lues vorhanden waren oder nicht, so namentlich auch, wenn die ersten Symptome der Lues keine besonderen subjectiven Beschwerden machen, wenn sie z. B. in einem leichten Schnupfen bestehen.

Lang freut sich, dass, wie es nach den Zwischenrufen den Anschein hat, alle Anwesenden sich in der Frage der Syphilis hereditaria tarda gleich skeptisch verhalten. Die Autoren, welche für eine solche eintreten, hätten zu beweisen, dass vorher nie luetische Erscheinungen bestanden haben, was ihnen, wie neuerdings die Erfahrungen Hochsinger's lehren, gewiss schwer fallen dürfte.

Neumann ist der Ansicht, dass das entscheidende Wort in der Angelegenheit den praktischen Aerzten zukommt, da nur diese Gelegenheit haben, die verschiedenen Phasen des Familienlebens mitzumachen und so den Verlauf der congenitalen Lues zu verfolgen. Zu erwähnen wäre noch die Möglichkeit, dass ein Kind intrauterin Syphilis innerer Organe, so Lebersyphilis, durchmacht und später tertiäre Symptome zeigt.

Grünfeld betont, dass die in der Literatur angeführten Fälle von Syphilis hereditaria tarda auf die Anamnese gestützt werden und diese gilt ja grade bei Syphilis niemals als ganz verlässlich.

Kaposi erwähnt, dass sich die Wiener Schule schon wiederholt gegen die Annahme einer Syphilis hereditaria tarda ausgesprochen hat. Bemerkenswerth wäre noch, dass auch Recidiven im Gefolge frühzeitig erworbener Lues acquisita von manchen als Syphilis hereditaria tarda bezeichnet werden können.

Kaposi demonstrirt eine 40jährige Frau, die seit 2 Jahren an Keloiden der Sternalgegend, wie es scheint einer Prädilectionsstelle des Keloides, leidet. Es finden sich daselbst zwei quere rothe Wülste von derber Beschaffenheit im Centrum weislich schimmernd und deprimirt, von einer Länge von 2·5—4 Cm. Ueber den Mammen finden sich noch einige kleinere weizenkornähnliche Wülste. Sie sind schmerzhaft und erweichen unter Pflasterbehandlung.

Lang demonstrirt den schon einmal vorgestellten Pat. mit einer allgemeinen Dermatitis exfoliativa, die anfangs als Pemphigus foliaceus gedeutet worden war. Auch in der letzten Zeit hat sich der Zustand nicht geändert, nie hat sich irgendwo ein Bläschen gezeigt. Wenn die Salbenbehandlung ausgesetzt wurde, mehrten sich die Rhagaden.

Kaposi sieht den Fall zum ersten Male. Er hält es für Psoriasis universalis. Er hat im Laufe der Jahre mehrere solche Fälle gesehen und hat Besserung erzielt durch partienweise locale Behandlung mit

Compression, Pyrogallussäure etc. bei gleichzeitiger interner Darreichung von Arsenik, Jodkalium (wofür jetzt Jodothyrin zu geben wäre). Pemphigus möchte K. mit Rücksicht auf die Felderung ausschliessen.

Lang hat, trotzdem er keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer Psoriasis gesehen, Jodothyrin versucht, jedoch keinen Erfolg gesehen.

Neumann hält eine Psoriasis mit so weicher elastischer Haut für unwahrscheinlich, er hat einen solchen Fall noch nicht gesehen. Sonst könnte ein Chininexanthem oder eine Pityriasis rubra so aussehen. Als der Fall das erste Mal vorgestellt wurde, hat N. daran erinnert, dass Fälle von ausgebreitetem Pemphigus foliaceus bei denen es nicht zu Blasenbildung kommt, ähnlich aussehen können. Damals war jedoch das Bild ein anderes, da die ganze Haut mit Salbe bedeckt war.

Lang hält den Fall für eine Affection besonderer Art, und zwar für eine schwere Erkrankung, da bei der permanenten Hyperämie und Exsudation in der Haut, es endlich zu einer dauernden Ueberschwemmung des Blutes mit Leukocyten kommen muss. Für Psoriasis hält er die Affection auch deshalb nicht, da diese speciell auf der Kopfhaut ein anderes Bild bieten müsste.

Kaposi könnte seine Diagnose nicht genauer begründen, die Differentialdiagnose sei in manchen Fällen mehr Gefühls- und Erfahrungssache. Ein gleiches Bild könne jede allgemeine Dermatitis erzeugen. Der Einwand, dass die Therapie nicht wirksam gewesen, sei nicht stichhältig. K. hat bei den von ihm beobachteten ähnlichen Fällen von Psoriasis auch die verschiedensten Mittel versucht, bis endlich eines Heilung herbeiführte. Es lässt sich nicht sagen, wie lange der Process dauern werde, aber K. hat selbst die schwersten Fälle heilen gesehen. Freilich kann dadurch wie durch jede allgemeine Dermatitis auch der Tod herbeigeführt werden, so durch Amyloidose innerer Organe.

Neumann demonstrirt:

1. eine 25jährige Patientin mit Fibroma molluscum. Es befinden sich an der Haut des Stammes zahlreiche theils aufsitzende, theils an der Basis abgeschnürte oder gestielte Geschwülste von verschiedener Grösse, stecknadelkopfgross und darüber, einzelne von der Farbe der normalen Haut, teigig weich, die meisten dunkelbraun, schlaff herabhängend, dazwischen allenthalben Pigmentflecke in Form grosser blassbrauner Naevi, oder kleiner ephelidenartig. Am l. Oberschenkel eine besonders grosse schwammartig vorspringende faustgrosse, teigig weiche Geschwulst. Pat., physisch und geistig ziemlich normal entwickelt, gibt an, dass ihr Vater mit derselben Affection behaftet sei.

2. einen schon einmal vorgestellten Fall mit Myomata cutanea.

3. Die bereits wiederholt vorgestellte Patientin mit ausgedehnter ulceröser Syphilis der Nase und des Gesichtes. Beim Eintritte ins Spital, anfangs October, bestand ein fast flachhand- grosses Geschwür an der rechten Schläfe und ein Knochen und Weichtheile der Nase fast ganz zerstörendes von der Stirne zur Oberlippe reichendes Geschwür mit derb infiltrirtem Rande. Nach 50 Dosen Decoct. Zittmann. fortius und

mitius und dreiwöchentlichem Jodkaliumgebrauche, Jodoformverband und energischer Lapisätzung sind beide Geschwüre bis auf etwa kreuzergrosse rein granulirende Stellen vernarbt. Der Rest des linksseitigen Nasenflügels wurde ausgeheilt, so dass an der Nasenwurzel noch ein halbkreuzergrosser, in die Nasenhöhle Einblick gestattender Defect besteht, der durch Plastik zu decken wäre. Endlich besteht noch eine gummöse Erkrankung im linken Kniegelenk.

4. einen 28jährigen Pat. mit tuberculösen Geschwüren an der Mundschleimhaut. An der Schleimhaut der Unterlippe in der Medianlinie ein längsovales, über kreuzergrosses Geschwür mit scharfem feinzackigem, leicht unterminirtem gerötheten Rande und drusig unebener, blassrother, theils graugelb belegter Basis. Neben demselben eine etwa ebenso grosse zarte weissliche Narbe nach einem spontan abgeheilten Geschwüre, ein weiteres linsengrosses Geschwürchen am Zahnfleisch des Unterkiefers. Das Zahnfleisch der ganzen rechtsseitigen Unterkieferhälfte narbig retrahirt, so dass allenthalben der Hals der Zähne frei liegt. Ein drittes, über kreuzergrosses Geschwür an der Zungenspitze, dasselbe kreisförmig flach von etwas derber Consistenz, mit festhaftendem Belage. Die Zungenspitze wird dadurch verkürzt, so dass sie nicht über die Zahnreihe hervorgestreckt werden kann. Die Geschwüre sind schmerzhaft, es besteht starke Salivation. Miliare Tuberkelknötchen am Rande der Geschwüre sind nicht zu sehen. Drusen am Unterkieferwinkel beiderseits über wallnussgross, etwas druckempfindlich. Dauer der Affection angeblich 4—5 Monate.

Rille demonstrirt einen 55jährigen Pat. mit einem grossen gummösen Geschwüre am Mundboden und an der Zunge. Unterhalb der Zungenspitze vorne bis zum Alveolarfortsatz reichend, nach rückwärts die Zunge vom Mundboden etwa 2 Cm. weit abhebend und unterminiren ein über thalergrosses Geschwür mit drusig unebenem blassgrau belegtem, leicht blutendem Grunde. An der Zungenoberfläche findet sich ein etwa haselnussgross vorspringender eindrückbarer, etwas druckempfindlicher Knoten. Hochgradige Salivation. Die tieferen Rachengebilde normal, auch die Wangenschleimhaut glatt, am Zungenrande Zahnabdrücke. Die Drüsen am Halse nicht vergrössert. Anamnestisch weiss Pat. nichts anzugeben.

Kaposi demonstrirt einen Mann mit hartem Schanker an der Unterlippe. Ein maculo- papulöses Syphilid beginnt bereits abzublassen. Am Nacken reichliche Acnenarben und Keloide. Am Vorderarm eine 1 Cm. lange, $\frac{1}{2}$ Cm. breite vertiefte, secernirende Wunde, herrührend von einer Fontanelle, die dem Pat. wegen eines schmerzhaften Ohrenleidens vor 8 Monaten in Constantinopel angelegt worden war.

Popper stellt vor aus der Abtheilung Lang:

1. eine Kranke, die schon einmal mit gummösem Fungus der Strecksehnen des l. Unterschenkels vorgestellt wurde. Die Gegend des Sprunggelenkes war damals aufgetrieben, die Haut wies zahlreiche Geschwüre auf, innerhalb deren die Sehnen bloss zutage liegen. Heute hat

das Sprunggelenk seine normale Configuration, die Geschwüre sind sämmtlich überhäutet. Die Therapie bestand in Auskratzen der Geschwüre mit scharfem Löffel, welche hierauf der Granulation überlassen wurden. Der zurückgebliebene oberflächliche Defect wurde nach Thiersch gedeckt. Kosmetisch und functionell ist die Heilung befriedigend.

2. Einen Fall von ausgedehnten gummösen Ulcerationen. Der 35jährige Pat. zeigt die Streck- und Beugeseite der zwei unteren Drittel der r. Unterschenkel und die Kniegelenksgegend von zahlreichen, zumeist über thalergrossen Geschwüren eingenommen, zwischen denen die noch vorhandene Haut narbig verändert ist. Die Geschwüre zeigen alle luetischen Charaktere. Besonders gross ist ein flachhandgrosses Geschwür an der Hinterfläche des Oberschenkels, welches die Muskeln blosslegt. Pat. hat vor 15 Jahren ein Geschwür am Penis acquirirt, welches keine Allgemeinerscheinungen zur Folge hatte. Er wurde nicht allgemein behandelt, die Erkrankung am Oberschenkel besteht seit 4 Jahren und wurde nur local behandelt. Die Therapie wird in Excochleation der Geschwüre und eventuell plastischer Deckung nach Thiersch bestehen.

Sitzung vom 27. Januar 1897.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Hochsinger demonstrirt zwei Fälle von hereditärer Lues bei Säuglingen, die besonders dadurch ausgezeichnet sind, dass die Diagnose auf Lues vor Ausbruch des Exanthems gestellt werden konnte.

Der erste Fall betrifft ein Kind, das gut genährt ist, mit 14 Tagen ein Gewicht von 4 Kg. hatte und durch nichts von der Norm abwich, als durch eine Coryza und eine Vergrösserung der Leber. Die Coryza der luetischen Kinder hat das Charakteristische, dass sie auf den Rachen nicht übergreift. Untersucht man bei einem Schnupfen z. B. in Folge von Grippe, so findet man stets eine starke Röthung und acute Schwellung der Pharynxschleimhaut. Bei Coryza der hereditär syphilitischen Kinder findet man höchstens eine leichte Röthung an der hinteren Rachenwand, Gaumenbögen und Zäpfchen sind vollständig frei. Ein solcher Befund berechtigt zu dem Verdachte, dass es sich um Lues handelt. H. hatte mit der antiluetischen Behandlung gewartet, um zu sehen, ob nicht doch ein Exanthem kommt; thatsächlich zeigte das Kind nach 5 Tagen ein charakteristisches, scheibenförmiges Exanthem an den Fusssohlen.

Das zweite Kind wurde im Alter von 11 Tagen zur Behandlung gebracht mit der Angabe, es sei normal zur Welt gekommen. Vom 7. Tage jedoch konnte das Kind den Arm schwer heben, welcher Zustand sich immer mehr verschlimmerte. Man fand am oberen Ende des Humerus eine spindelförmige Anschwellung, eine ähnliche Anschwellung am unteren Ende und den anstossenden Enden der Vorderarmknochen, gleichzeitig bestand eine Schwellung der Mittelhand beiderseits. Auch bei diesem Kinde bestand eine Coryza, die Rachengebilde waren ebenfalls frei. Ferner besteht eine Vergrösserung der Leber, dagegen kein

Milztumor. H. untersuchte die Verdickungen an den Extremitäten mit Röntgenstrahlen und erwartete auch hievon Aufklärung über die schlaffe Lähmung, die sich bei dem Kinde in Folge des Knochenprocesses einstellte, während sonst bei Gelenkserkrankungen durch Contraction der Muskeln das Gelenk fixirt wird. Die Photographie zeigte jedoch keinerlei Verdickung der Knochen, die Anschwellung betrifft also nicht die Knochen, sondern die Weichtheile, Muskeln, Perichondrium. Das bestätigt die Angaben von Kassowitz in seiner Arbeit „Syphilis und Rachitis", dass Pseudoparalysen zu Stande kommen durch Uebergreifen des syphilitischen Processes vom Periost auf die Sehnenscheiden und Perimysien. Wichtig ist ferner der Befund einer vergrösserten Leber bei beiden Kindern. H. hatte auf dem Naturforschercongresse in Lübeck über 148 Fälle hereditärer Lues berichtet, von denen 45 starke Leberschwellungen aufwiesen. Es wurde damals eingewendet, dass die Leberschwellung vielleicht auf Anaemia splenica beruhe, die sich oft bei hereditär luetischen Kindern findet. Dabei ist jedoch die Milz vergrössert, die Leber nur wenig. Findet sich jedoch bei einem Kinde die Leber sehr gross, die Milz klein, dann ist das auf Lues verdächtig, namentlich wenn auf antiluetische Behandlung die Leberschwellung zurückgeht. — Im ersten demonstrirten Falle bestand geringe Milzschwellung, im zweiten fehlt sie, die Leber reicht in beiden Fällen zur Nabellinie und bildet sich auch in der Röntgenphotographie deutlich als Schatten ab. Die Blutuntersuchung ergab im ersten Falle nichts Abnormales, im zweiten geringe Leukocytose, besonders reichlich Myelocyten, was mit dem Knochenprocesse in Zusammenhang stehen dürfte. Die beiden Fälle zeigen, dass ein Fortbestehen foetaler Erkrankungen nach der Geburt gar nichts Seltenes ist und dass die Diagnose der Syphilis vor Ausbruch des Exanthems möglich ist.

Neumann meint, dass die Diagnose gewöhnlich aus der Beschaffenheit des ganzen Organismus gestellt wird, Leberintumescenzen finden sich oft, aus der Leberschwellung allein wird die Diagnose jedoch nicht zu stellen sein. In den Muskeln kennt Neumann diffuse Entzündungsprocesse im acuten Stadium und gummöse in Spätstadien. Gerade bei Kindern, die ja meist an der Erkrankung sterben, liessen sich genauere anatomische Nachweise erbringen.

Hochsinger betont, dass das erste Kind in nichts von der Norm abweicht, sondern bloss eine Coryza und den Lebertumor aufweist.

Rille verweist auf den hohen diagnostischen Werth der Blutuntersuchung, die in solchen Fällen entscheidend sein kann. Namentlich haben die Untersuchungen von Loos sehr constante Verhältnisse ergeben, so ausser dem vom Vorredner citirten Befunde von Markzellen oder Myeloplaxen (Cornil, H. F. Müller) noch ganz marcante Veränderungen an den rothen Blutkörperchen, welche Hochsinger nicht erwähnt hat, insbesondere das Auftreten von kernhaltigen Erythrocyten in bisweilen kolossaler Menge. Auch R. konnte einmal in einem keine klinischen Erscheinungen darbietenden Falle der hiesigen Findelanstalt mit Hilfe der

haematologischen Untersuchung Syphilis diagnosticiren, wo dann später ein luetisches Exanthem auftrat.

Kaposi meint, dass es merkwürdig sei, dass die Affection der Muskeln und Sehnen keinerlei Reizungs- sondern bloss Lähmungserscheinungen erzeuge. Er erinnert sich an eine Reihe von Fällen allgemeiner Pseudoparalyse bei Kindern der Findelanstalt, bei denen zum Theil wegen bekannter Lues der Mutter der Ausbruch derselben bei dem Kinde erwartet wurde, zum Theil jedoch keine Verdachtsmomente für Lues vorlagen. Es trat bei vollständigem Wohlbefinden bei den gut genährten Kindern allgemeine Pseudoparalyse auf, dauerte einige Tage und schwand bei Ausbruch des Exanthems. Es waren keine Veränderungen an Knochen und Weichtheilen zu palpiren, man musste auch wegen des gleichzeitigen Befallenseins aller Muskeln an eine centrale Ursache denken, aber auch hiebei ist nicht klar, warum keine Reizungssymptome auftraten und warum die Paralyse mit Auftreten des Exanthems verschwand.

Hochsinger bemerkt gegenüber Rille, dass der von Loos als charakteristisch für hereditäre Lues angegebene Befund im Blute auch bei Anaemia splenica sich finde. Auch Heubner erklärt in seiner letzten Bearbeitung der hereditären Syphilis, dass die Blutuntersuchung nichts beweisen könne. Der erste der demonstrirten Fälle zeigte absolut keine Abnormität des Blutbefundes. — Fälle wie die von Professor Kaposi citirten hat H. nicht gesehen.

Lang ist der Ansicht, dass die Lähmungssymptome durch meningeale Reizung erzeugt werden, wie sie auch bei acquirirter Lues vorkommen. Es besteht ferner der anatomische Nachweis einer meningealen Haemorrhagie in einem Falle, der im Leben Lähmungserscheinungen darbot.

Lang erwähnt eine Abhandlung von Dr. Pollak in der deutschen medicinischen Wochenschrift über eine Reihe von Fällen von allgemeiner Lähmung, die mit dem Auftreten des Exanthems schwand.

Neumann erinnert an eine Arbeit von Diday in den Annalen für Syphilis und Dermatologie, in welcher Lähmungserscheinungen bei Kindern auf Myositis in Form von Infiltraten und Gummen zurückgeführt werden.

Rille glaubt nicht, dass die in Rede stehenden Blutbefunde erschüttert werden dürfen. Es handelt sich noch um eine Reihe detaillirterer Veränderungen, auf welche jetzt nicht genauer eingegangen werden kann, so um sehr beträchtliche Differenzen in der Grösse der rothen Blutkörperchen und gewisse höchst charakteristische tinctorielle Verschiedenheiten derselben. Dass die Anaemia infantum pseudoleukaemica ähnliche Verhältnisse aufweist, ist ihm genau bekannt, und hat dies schon Loos betont, doch sind da die morphologischen Veränderungen nicht so hochgradig und wissen wir vorläufig noch nicht, ob zwischen diesen beiden Processen nicht doch irgend welche Beziehungen bestehen.

Ehrmann demonstrirt einen Fall von Sklerodermie an der Haut der unteren Extremität von der Inguinalgegend längs der inneren Seite bis zum inneren Condylus der Tibia. Es hatte sich eine

Pseudocontractur entwickelt, deren Streckung im Gypsverband Gangrän erzeugt hatte. Daher stammen eine Reihe von Narben. Die Vertheilung entspricht nicht etwa einem Nervengebiete, eher dem der Vena saphena magna. Nach Wolters besteht die Sklerodermie in einem Process an den Gefässen. Neben erweiterten Lymphgefässen sind auch Blutgefässe vorhanden, die Muskeln schwinden und werden durch Bindegewebe ersetzt.

v. Hebra hat sehr gute Erfolge bei Sklerodermie durch systematische Massage erzielt. So wurde ein diffuses Sklerem, das von den Füssen bis zu Nabelhöhe reichte, in zwei Monaten gut.

Ehrmann hat ebenfalls gute Resultate bei Massage gesehen, im vorgestellten Falle muss gewartet werden, bis alle Wunden geheilt sind.

Neumann demonstrirt als Pendant einen schon einmal vorgestellten Pat. mit Sklerodemie, Massage ist nur im elevirten Stadium des Sklerems von Nutzen, wenn einmal die Knochen und Muskeln befallen sind, nützt sie nichts mehr. Dass es sich hiebei um eine Gefässerkrankung handelt, wurde von N. vor langer Zeit nachgewiesen.

Nobl demonstrirt aus der Abtheilung des Docenten Grünfeld einen Fall von Initialsklerose an der Unterlippe bei einem jungen Mädchen. Interessant ist der Befund von centraler Excavation an den Schneidezähnen, wie sie als typisch für hereditäre Lues beschrieben wurde und hier mit recenter Lues zusammentrifft.

v. Hebra demonstrirt einen Fall von Raseurinfection mit Syphilis in der Mitte des Kinns. H. erzählt ferner von einem andern Falle extragenitaler Infection. Es betraf eine Frau mit allgemeinem Exanthem und besonders grossen Papeln im Gesicht. Das Kind derselben hatte eine noch weiter vorgeschrittene Lues. Später konnte nachgewiesen werden, dass das Kind von einem Kindsmädchen inficirt worden war und die Mutter sich in der Weise inficirte, dass sie den Kopf des Kindes an ihre Wangen drückte. Das Kind hatte namentlich am Munde Exulcerationen und die Mutter litt an Acne des Gesichtes, was die Infection erleichterte.

Neumann demonstrirt:

1. einen 17jährigen Pat. mit Orchitis epidemica. Die linke Scrotalhälfte vergrössert, die Haut geröthet, oedematös geschwellt, der Hode dieser Seite vergrössert, gleichmässig derb und druckempfindlich, auch der Nebenhode vergrössert, namentlich am Caput, während der Caudaltheil nicht deutlich abgegrenzt werden kann. Die Affection besteht seit fünf Tagen, Fieber soll nicht bestanden haben, doch Unwohlsein und Appetitlosigkeit. Eine gleichzeitige Schwellung der Parotis besteht nicht. Der Harn ist klar, kein Ausfluss, keine Gonococcen im Urethralschleim. Kocher berichtet über zwei Parotitisepidemien, die letzte in einem Schweizer Infanteriebataillon. Innerhalb 23 Tagen traten 23 Fälle von Parotitis auf, Ecomplicirt mit Orchitis, 4 Fälle primärer Orchitis, ausschliesslich Männer in den 20er Jahren. Bei einer Genfer Epidemie beobachtete Rilliet 23mal Orchitis, der jüngste Pat. war 14, der älteste 45 Jahre alt.

2. Im Anschluss an den Vortrag Tarnowsky's in London, der annimmt, dass es sich bei maligner Lues um Mischinfection mit Eitercoccen handle, demonstrirt Neumann einen Fall von maligner Lues, von dem Gewebsstücke darauf hin untersucht werden sollen. Wenn man bedenkt, wie viele ulceröse Primäraffecte, wie selten ulceröse Syphilide gesehen werden, scheint obige Annahme nicht sehr wahrscheinlich. Lang macht aufmerksam, dass vor Tarnowsky andere und auch er selbst sich mit der Angelegenheit beschäftigt haben.

3. Einen 24jährigen Pat. mit Keloiden. Zwei bisquitförmige, scharf begrenzte, flach erhabene, geröthete schmerzlose Wülste mit runzeliger Epidermis bedeckt finden sich in der Sternalgegend. Eine weitere kreuzergrosse rundliche ebenso beschaffene Erhabenheit in gleicher Höhe an der linksseitigen Brusthälfte. Die Affection soll seit der Geburt bestehen, gegenwärtig suchte Pat. das Spital wegen recenter Lues auf.

Kaposi kennt aus der Literatur und aus eigener Erfahrung eine Reihe von Fällen mit Keloiden der Sternalgegend, es wäre des Studiums werth, zu ergründen, weshalb das Keloid mit Vorliebe an dieser Stelle sich localisirt.

4. Einen 30jährigen Kranken mit ausgedehnter Alopecia areata. An vielen Stellen der Kopfhaut umschriebene haarlose Stellen, theils einzelstehend kreisförmig, theils confluirend zu flachhandgrossen Stellen. Es fehlen die Augenbrauen- und Wimperhaare, ebenso die früher bestandenen Barthaare. Grössere haarlose Stellen finden sich ferner an der Symphyse und Bauchwand, wo theilweise noch jetzt starke Behaarung besteht. Der Haarausfall soll im vorigen Jahre begonnen haben.

Rille demonstrirt einen 64jährigen Pat., Schankwirth aus Galizien, mit multiplem primären pigmentlosen Hautsarcomen. An den verschiedenen Hautstellen zahlreiche (über 100) zum Theil subcutan vollständig oder mit der Cutis verschiebbare Geschwülste von normaler Haut bedeckt, meist kugelig erbsen-haselnuss- bis wallnussgross, schmerzlos sehr hart. Daneben weniger zahlreiche, über das Hautniveau vortretende, mit der Haut verwachsene blassrothe, matt glänzende Geschwülste. Diese sind meist erbsengross, im Gesichte, in der Supraclaviculargrube grössere. Am Rücken in der Lumbalgegend thalergrosse, plaqueartig vorstehende exulcerirte Knoten mit steilen Rändern, blassbraun, eine dünne seröse Flüssigkeit absondernd bei zufälligen Verletzungen stark blutend. Die umgebende Haut geschwellt, livid. Ein über faustgrosser, von dunkel gerötheter, gespannter Haut bedeckter Knoten findet sich rechts zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm, ein weiterer faustgrosser Knoten subcutan in der Scapulargegend. Ein Convolut von zahlreichen Knoten links am Rande des M. pectoralis major bis in die Achselhöhle reichend, ein kleineres oberhalb der linken Kniescheibe. Das Hautcolorit blass, gelblich, auch die Schleimhäute blass, jedoch frei von Geschwulstbildungen, abgesehen von einem haselnussgrossen derben Knoten unter der Oberlippenschleimhaut.

Die Erkrankung soll vor Jahresfrist mit dem grossen Knoten an der Lende begonnen haben. Seitens der inneren Organe nichs Abnormes, ausser Appetitlosigkeit keine subjectiven Erscheinungen, im Harne weder Zucker, noch Eiweiss. Ueber den histologischen Befund und die genaue Blutuntersuchung wird später berichtet werden. Es besteht leichte, vorwiegend polynucleäre Leukocytose, kein sichtliches Ueberwiegen der acidophilen Elemente. Der Kranke erhielt jetzt einige Tage Arsenhaemolpillen (Kobert-Bartelt), doch wird die Behandlung mit subcutanen Arseninjectionen fortgeführt werden.

Lang demonstrirt einen Fall von beginnender Elephantiasis des Unterschenkels. Die Affection begann zu Ostern 1896, ohne dass Rothlauf oder sonst eine Affection vorausgegangen wären. Am unteren Rande des Pectoralis rechts erscheint die Haut geröthet und bei der Untersuchung fühlt man eine derbe Platte. Auch an den untersten Theilen des Scrotums findet man eine circumscripte derbe Partie.

Kaposi hält die Affection am Unterschenkel für recidivirendes Erisypel, nach welchem jedesmal Oedem zurückbleibt und nicht zur Resorption kommt. Endlich entsteht daraus die elephantiastische Verdickung. In Bezug auf die anderen Herde lässt sich nichts Bestimmtes sagen.

Popper stellt aus der Abtheilung des Prof. Lang vor:

1. Einen 56jährigen Pat. mit Elephantiasis des l. Beines. Die ganze Extremität ist sehr vergrössert. Die Haut ist grösstentheils normal gefärbt. An der Innenseite des Oberschenkels ist durch die Haut ein Convolut von fingerdicken Gefässen sichtbar, einzelne sind als derbe Stränge durchzutasten. Inguinal- und Cruraldrüsen stark geschwollen. Die Haut fühlt sich derb, trocken an. Muskeln und subcutanes Gewebe lassen sich nicht isoliren. Am Unterschenkel in der Knöchelgegend beiderseits Ulcera, das an der Aussenseite handtellergross, unregelmässig begrenzt mit zahlreichen Hautinseln. Ueberdies in der Knöchelgegend ein Wall von warzenähnlichen, theilweise macerirten Wucherungen. Der Knochen der Tibia verdickt, aber glatt. Der Fuss ist polsterartig aufgetrieben. Die grosse und kleine Zehe scheinen intact zu sein.

2. Einen Fall von atonischem Geschwür geheilt durch Transplantation nach Thiersch. Die Pat. wurde mit einem vierkreuzerstückgrossen Geschwür vor den Hymenalresten, welches sich auf die Vaginalwand fortsetzte, aufgenommen. Trotz mehrwöchentlicher topischer Behandlung zeigte das Geschwür keine Heilungstendenz, auch Auskratzen, Excision führten nicht zur Heilung. Es wurde daher nach vorherigem Abkratzen mit Thiersch'schen Lappen gedeckt, die Lappen heilten an, so dass das Geschwür bis auf eine linsengrosse, granulirende Stelle überhäutet ist.

Lang bemerkt hiezu, dass er am Tage nach der Transplantation meinte, sie sei missglückt, da sich das Geschwür belegt zeigte. Nach einigen Tagen fand man jedoch, dass das Epithel haften geblieben sei. Doch unterscheidet sich die Stelle auch jetzt von der rosig gefärbten

Umgebung durch eine mehr weissliche Färbung und gibt so die Abstammung von der Epidermis zu erkennen.

Wilhelm fragt, ob nicht auch Transplantation von Schleimhaut versucht werden könnte.

Neumann bemerkt, dass Transplantation von Schleimhaut mit Erfolg bereits von Wölfler ausgeführt wurde.

Kaposi demonstrirt einen Fall von besonders gestaltetem papulösen Erythem. Es sind scheibenförmige, scharf begrenzte Flecken, lebhaft injicirt wie bei einem acuten Exanthem, und zeigen eine ganz geringe Infiltration, viele tragen in der Mitte ein Knötchen und werden so einem Erythema annulare ähnlich. Einen ähnlichen Fall hat K. vor einigen Tagen bei einer Frau gesehen, bei ihr waren Efflorescenzen überdies an den Handrücken.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Vereinigung.

Sitzung vom 5. Januar 1897.

Vorsitzender: Lassar. Schriftführer: Joseph.

I. Gebert stellt bei einer 31jährigen Patientin einen Fall von Alopecia areata vor, welche seit ungefähr 10 Wochen besteht. Das Leiden hat unmittelbar nach einer sehr starken seelischen Erregung, welche durch den Tod ihres Vaters verursacht wurde, angefangen. Seitdem ist die Pat. nervös und leidet an hochgradiger Schlaflosigkeit. Vor 9 Jahren hat die Pat. bereits die gleiche Affection im Anschluss an den Tod eines ihrer Kinder gehabt. Der Zusammenhang der Erkrankung mit den psychischen Erregungen scheint in diesem Falle ausser Zweifel zu sein.

II. Heller: Reinfection oder Reinduration? Die Forderungen, die man an einen Fall von Reinfection stellen muss, sind folgende: 1. Die Beobachtung der ersten Syphilis durch einen einwandsfreien Fachmann. 2. Beim Beginn der zweiten syphilitischen Infection muss die erste völlig abgelaufen sein und 3. der Primäraffect der zweiten Syphilis muss auch von secundären Erscheinungen gefolgt sein. Bei der Anwendung dieses Massstabes scheidet eine grosse Anzahl von Reinfectionsfällen, die in der Literatur bekannt sind, aus. Zur Illustration stellt H. einen 33jährigen Patienten vor, der vor 10 Jahren syphilitisch inficirt war. Im Jahre 1886 heiratete er und nach 7 Monaten gebar seine Frau angeblich ein todtfaules Kind. Drei andere Kinder leben und sind mehr oder weniger rachitisch. 1894 hatte Pat. ein Recidiv und September 1896 beobachtete H. den Pat. mit Plaques am rechten Zungenrand.

Dieselben schwanden nach einer subcutanen Sublimatbehandlung. Nach Heilung derselben stellte sich Pat. Mitte November wieder vor und zeigte genau an der Stelle des früheren Schankers eine knorpelharte Induration. Die Aehnlichkeit mit einem Primäraffect wurde dadurch noch grösser, dass sich auf der Sclerose zwei kleine Ulcerationen entwickelten, indessen Drüsenschwellungen traten nicht auf. Erst Darreichung von Jodkali bewirkte eine Verkleinerung der Sclerose. Die fragliche Verhärtung muss in diesem Falle als Reinduration aufgefasst werden. Indessen, hätte der Kranke die Plaques an der Zunge noch gehabt, so würde man sicherlich geneigt gewesen sein, den Fall als Reinfection aufzufassen.

Rosenthal glaubt, dass selbst, wenn die Plaques an der Zunge noch vorhanden gewesen wären, man bei dem Fehlen von Drüsenschwellungen und sonstigen Erscheinungen auf der Haut, doch nicht den Fall anders als Induration hätte deuten können, besonders da das Auftreten des Primäraffectes gleichzeitig mit Plaques im Munde nicht gewöhnlich ist.

Köbner spricht sich entschieden gegen die Annahme einer Reinduration aus und hält die Affection für ein zerfallenes Gummi.

Lassen glaubt, dass, falls die vorausgegangene erste Infection unvollkommen immunisirt, die zweite Ansteckung nur local verlaufen könnte, so vielleicht auch in dem vorgestellten Falle.

III. Gumpertz stellt zwei Fälle von syphilitischer spastischer Spinalparalyse vor. Der erste Fall ist bereits von G. im Juni vorigen Jahres in der Gesellschaft demonstrirt worden. Der Gang ist inzwischen ataktisch geworden, die Kniereflexe sind noch gesteigert, Sensibilitätsstörungen bestehen nicht und die Atrophie des N. opticus ist noch vorhanden. Der 2. Fall betrifft einen 68jährigen Mann, der sich vor 9 Jahren syphilitisch inficirt hat. Derselbe zeigt einen hervorragend spastisch paretischen Gang, gesteigerte Kniephänomene, keinen Dorsalclonus. Es besteht bei passiven Bewegungen keine Rigidität der Beine, ein Phänomen, das von Erb als charakteristisch für die syphilitische Spinallähmung hingestellt worden ist. Der Augenspiegelbefund ergibt eine blasse Papille mit stark verengten Gefässen, Rothgrün-Blindheit und Einengung des Gesichtsfeldes, Pupillenstarre ist nicht vorhanden. Dieser Fall ist noch dadurch interessant, dass die Frau des Pat. seit 7 Jahren in Folge von spinaler Opticusatrophie vollständig erblindet ist und an Tabes leidet.

Gemeinsam beiden Fällen ist der Umstand, dass ihre syphilitische Affection keine oder nur ungenügende Behandlung gefunden hat. Die Prognose ist in beiden Fällen eine erträgliche.

Oestreicher glaubt, dass der Ansicht, dass die Schwere der Erscheinungen sich in den vorgestellten Fällen aus der unzureichenden Behandlung erkläre, bedingt zuzustimmen sei. Er selbst sah vor 2 Jahren einen Fall von Syphilis mit schweren Erscheinungen von seiten des Centralnervensystems, der im obigen Sinne zu verwerthen ist.

Indessen die Erfahrung lehrt leider, dass trotz der sorgfältigsten Behandlung sich später die schwersten syphilitischen Symptome zeigen können. Und wenn statistisch feststeht, dass bei progressiver Paralyse 75% nach Strümpell und bei Tabes noch ein grösserer Procentsatz auf eine syphilitische Vergangenheit zurückblickt, so wird man nicht allzu weit gehende Hoffnungen bezüglich der Dauerhaftigkeit unserer modernen Hg-Cur hegen dürfen.

Köbner ist nicht der Ansicht, dass alle spinalen Atrophien des N. opticus syphilitischen Ursprungs sind.

Mackiewicz fragt, ob man bei dem ersten Kranken beständig eine Reflexsteigerung beobachtet hat.

Gumpertz erwidert, dass, wo andere Ursachen für eine Sehnervenatrophie nicht vorliegen, der Verdacht auf Lues sehr nahe liegt. Reflexsteigerung ist in dem ersten Falle stets vorhanden gewesen. Was die mangelhafte Behandlung betrifft, so hat G. nur die Ansicht Erb's aussprechen wollen. Bei Tabes und Paralyse liegen aber die Verhältnisse insofern anders, als sie nicht Affectionen einer directen Nervensyphilis sind.

IV. Blaschko stellt einen 16jährigen jungen Mann vor, welcher auf dem Hinterkopf mehrere 2 markstückgrosse, kreisrunde, ziemlich kahle Stellen zeigt. Die Haut ist auf denselben nicht geröthet, jedoch mit Schuppen bedeckt. Die Haare folgen dem Zuge sehr leicht und zeigen eine grauweisse, eingetrocknete Wurzelscheide als Hülle. Auch in der Umgebung der Flecke schuppt die Haut, jedoch sitzen die Haare dort fest. Auf der Stirn des Pat. besteht die gleiche Affection, welche zu einem Verlust eines grossen Theils der Augenbrauen geführt hat. Im Laufe der letzten Jahre sind ähnliche Fälle von französischen Autoren beschrieben worden, so namentlich von Quinquaud als Folliculitis spilans s. destructiva, von Lailler als Acne decalvans und von Besnier als Alopécie cicatrisante innominée. Doch in allen diesen Fällen war Narbenbildung vorhanden, was bei seinem Pat. bisher vollständig fehlt. Es ist augenscheinlich, dass es eine ganze Reihe von ätiologisch miteinander vielleicht gar nicht verwandter Affectionen gibt, die zur Alopecie führen. Zu erwähnen ist noch, dass die Untersuchung der ausgefallenen und ausgezogenen Haare nicht das typische Bild von Atrophie geben, wie es Sabouraud in seiner Arbeit über Alopécie eingehend beschrieben hat. Blaschko ist geneigt, den Fall als Eczema seborrhoicum aufzufassen.

Köbner glaubt, dass der Fall einer Area celsi nicht ähnlich ist, sondern durch die Fortsetzung des entzündlich desquamativen Processes in die Haarbälge bedingt sei. Die weit überwiegende Zahl der bei uns vorkommenden Fälle von Alopecia areata ist trophischen oder neurotischen Ursprungs.

V. Blaschko stellt ein 19jähriges Mädchen vor, welches seit ihrem 13. Lebensjahr an einer schweren Urticaria leidet. Dieselbe charakterisirt sich dadurch, dass die Quaddeln nach kurzem Bestand hämorrhagisch werden. In den nächsten Tagen stellen sich natürlich die übli-

chen Farbenveränderungen der cutanen Blutungen ein. Diese Erscheinung hat dahin geführt, dass der Fall als Urticaria pigmentosa aufgefasst worden ist. Indessen mit dieser typischen Form hat der vorgestellte Fall keinerlei Verwandtschaft, hauptsächlich sind bei seiner Pat. die Streckseiten der Extremitäten befallen, während der Rumpf fast vollständig freigeblieben ist; das Gesicht ist bei jeder Attaque wenn auch nur mässig, ergriffen. Die symmetrische Vertheilung der Eruptionen nähert den Fall den exsudativen Erythemen. Und auch sonst finden sich noch einige Momente, welche für eine Verwandtschaft mit dieser Krankheitsgruppe sprechen. So sind mehrfach im Laufe der Zeit rheumatische Erkrankungen verschiedener Gelenke aufgetreten. Ausserdem ist der Fall auch von schweren Complicationen nicht verschont geblieben. Vor 1 Jahre zeigte sich eine Keratitis parenchymatosa, die bald von Blutungen gefolgt war. Dieselbe trat zu einer gleichzeitig bestehenden Retinitis haemorrhagica, bei welcher um die Opticuspapille ein seröses Exsudat mit partiellen Hämorrhagien bestand, hinzu. Nach mehrmonatlicher Dauer trat vollständige Heilung ein. Ob diese Augenaffection nicht auf hereditärer Lues beruht, ist nicht zu entscheiden. Die anamnestischen Daten geben für diese Diagnose nur wenig Anhaltspunkte.

Heller hatte Gelegenheit, die Pat. in der Charité zu sehen, und damals bot die Affection das typische Bild einer Urticaria haemorrhagica.

O. Rosenthal.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Primararzt **Jadassohn** in Breslau.)

Gonorrhoe und deren Complicationen.

Blokusewski. Zur Verhütung der gonorrhoischen Infection beim Manne. Dermatolog. Zeitschr. Bd. II., 1895.

Zur Verhütung der Tripperinfection beim Manne empfiehlt Blokusewski Einträufeln von 2—3 Tropfen einer 2% Arg. nitr.-Lösung in die Fossa navicul. möglichst bald, bis ungefähr $^1/_4$ Stunden nach dem Coitus, nachdem zuvor durch Uriniren das in der Fossa navicul. vorhandene Secret entfernt wurde. Durch zeitweiliges Zuhalten der Urethralmündung mit dem aufliegenden Finger kann die Ausspülung des Secretes durch den Harnstrahl unterstützt werden. Nach $^1/_4$' wird die Lösung mit Wasser abgespült. Ist längere Zeit nach dem Coitus verflossen, so ist eine längere Einwirkung der Lösung ($^1/_2$') nothwendig. Ebenso empfiehlt es sich durch Vertheilen des über der Fossa navicul. stehenden Tropfens die Frenulumgegend zu reinigen. Zur entsprechenden Ausführung dieser Methode hat B. ein portatives Tropfglas anfertigen lassen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Lyon. Comment doit-on traiter la blennorrhagie aiguë chez l'homme? Le Mercredi médical, Nr. 26. 26. Juni 1895.

Lyon empfiehlt vor Allem die Janet'sche Behandlung und zwar soll immer die Abortivcur der Gonorrhoe versucht werden. Man leitet dieselbe ein durch Auswaschen der ganzen Urethra mit einer Lösung von Kal. hypermang. 1·0: 100·0, 2mal täglich, dann folgen nach 4 Tagen Spülungen mit einer 2—4% Lösung. Guiard bevorzugt noch schwächere Lösungen 1 : 5000 bis 1·0 : 4000. Die Menge der Flüssigkeit soll $^1/_2$ L. betragen. L. hebt hervor, wie wichtig für den Verlauf einer Gonorrhoe die Gonococcen-Untersuchung ist; dann gibt er die bekannten diätetischen und hygienischen Massnahmen bei der Gonorrhoe-Behandlung an. Wenn die Abortivcur misslingt, soll man die Janet'schen Ausspülungen nach 10—14 Tagen beginnen. Je nachdem man bloss die Urethra anterior oder die Urethra in toto ausspülen will, hängt man den Irrigator 0·75 Cm. oder 2 M. hoch auf. Eine Ausspülung täglich genügt, man braucht etwa

8—15 Ausspülungen. Besteht dann noch Secretion ohne Vorhandensein von Gonococcen, so wendet Verf. eine Lösung von 1 : 20000 an, welche nach 2—3 Tagen den Ausfluss beseitigt. Nur in Fällen, in denen der Kranke die Ausspülungen der Urethra nicht anwenden kann, lässt L. Einspritzungen mit der gewohnlichen Tripperspritze machen und empfiehlt dazu ebenfalls Kal. permang. 2·5 : 100·0. Contraindicirt sind Auswaschungen und Einspritzungen: 1. Bei Epididymitis und Prostatitis 2. Bei Infiltrationsherden langs der Urethra. 3. Bei Stricturen. Als unterstützende Mittel empfiehlt L. noch die Balsamica im Stadium der Abnahme der Gonorrhoe.

Julius Raff (Stuttgart).

Lyonais. Traitement méthodique de la blennorrhagie. La Médec. mod. 29. Jänner 1896.

Die methodische Behandlung der Gonorrhoe theilt Lyonais in 3 Abschnitte: 1. Die hygienische Behandlung: Vermeidung reizender Speisen und Getränke, sowie mechanischer Irritationen. 2. Die antiphlogistische Behandlung: Trinken von grossen Quantitäten Limonade mit oder ohne Zusatz von salicylsaurem und doppelkohlensaurem Natron, Vollbäder, im Nothfalle Blutegel ans Perineum, Opium- und Antipyrinklystiere. 3. Die unterdrückende Behandlung (NB erst nach völligem Abklingen der entzündlichen Erscheinungen anzuwenden): Per os: Copaiva, Sandelöl, besser Cubeben; erst zum Schluss, wenn der Ausfluss schon fast ganz verschwunden, sind adstringirende und desinficirende Injectionen in die Urethra angezeigt. Ferdinand Epstein (Breslau).

Petrini de Galatz. Le traitement de la blennorrhagie Presse méd. roumaine. 7. Juli 1895. Ref. La Médecine moderne 6. Jahrg. Nr. 74. 15. September 1895.

Petrini hält viel von der Fournier'schen Gonorrhoebehandlung: Ruhe, Alkalien, Bäder, Balsamica etc. Von Abortivcuren verspricht er sich keinen Nutzen. Mit Injectionen sollte erst nach 4 Wochen begonnen werden. Bei der Urethritis anterior spritzen die Patienten selbst, in acuten Fällen am besten mit Ichthyol, welches bessere Resultate gibt als Sublimat oder Argentum nitricum. Bei alten Posterioren Instillationen nach Guyon, bei frischen Behandlung nach Casper.

Paul Oppler (Breslau).

Allen, G. W. Behandlung der acuten Urethritis. Boston Journal. 28. Mai 1891. Ref. D. Medic.-Ztg. 1893, p. 28.

Allen tritt für sofortige Behandlung der acuten Urethritis mit antiseptischen, nicht mit adstringirenden Mitteln ein, die er mit interner Darreichung von Copaiva oder dem noch wirksameren Sandelholzöl combinirt. Die besten Erfolge seien durch 2—3mal täglich ausgeführte Irrigationen mit Sublimat (1 : 10000 bis 1 : 40000) zu erzielen. Eine Coupirung der Gonorrhoe könne man nur in ganz frischen Fällen erwarten wenn der Pat. schon einige Stunden nach der Infection in Behandlung komme. Münchheimer.

Strauss. Der heizbare Irrigator mit selbstthätiger Temperaturregulirung in Verbindung mit einer neuen Bügelhahn-

canüle zur Behandlung des Trippers mittelst Ausspülungen mit Kalium hypermang. Allgem. Medicin. Central-Zeitung 64. Jahrg. Nr. 59, 1895. S.-A.

Die Veröffentlichung von Strauss schildert den im Titel charakterisirten Apparat des Näheren. Er ist von G. Beuthel jun. (Barmen, Wupperstrasse) zu beziehen und kostet 10 M. Strauss empfiehlt das Janet'sche Verfahren warm. Er macht täglich eine Irrigation von ca. 300 Ccm. und verwendet hierzu eine Lösung hypermangansauren Kalis von 1 : 5000, welche, solange Gonococcen nachzuweisen sind, auf 30—35° R. erwärmt wird. Je geringer die Reaction ist, desto schneller steigt er mit der Concentration (bis 1 : 1000). Tritt starker Harndrang ein, so muss die Concentration herabgesetzt werden. St. hat überraschend gute Resultate von dieser Behandlungsweise gesehen; tägliche Untersuchung des Secretes auf Gonococcen ist erforderlich. Sind die Gonococcen definitiv verschwunden, so kann man zur Beseitigung des meist zurückbleibenden schleimigen Secretes noch einige Zeit Irrigationen von 1% lauwarmen Lösungen von Alaun, Zinc. sulfur. oder sulfocarbolic. u. s. w. vornehmen. Contraindicirt ist die Methode bei folliculären und cavernösen Infiltraten und Abscessen, acuter Cowperitis, Prostatitis, Epididymitis und Cystitis. Paul Oppler (Breslau).

Guitéras. Report of Ten Cases of Anterior Urethritis, Treated in the Wards of the City Hospital by the Author's Method. The Therapeutic Gazette. 15. Nov. 1895.

Nachdem Guiteras gute Erfahrungen bei der Augenblennorrhoe mit seiner Behandlung gemacht hatte, wandte er sie auch bei der Gonorrhoe der Urethra an. Nach Auswaschen der Harnröhre mit irgend einer indifferenten Lösung macht er eine Arg. nitric.-Injection (ca. 1 : 5000) und spült dann wieder mit 4% Borsäure nach. Dieser Vorgang wird täglich wiederholt unter steter Steigerung der Concentration der Silberlösung. Geeignet sind nur Fälle, die zum ersten Male inficirt sind, da bei den anderen Stricturen (!) den Erfolg verhindern. Der Erfolg ist ein angeblich überraschender, da die Fälle meist abortiv heilen. Berichte sind beigefügt über 10 Kranke, von denen 60% (!) in einer Woche geheilt wurden. Max Pinner (Breslau).

Routier. Traitement de la blennorrhagie. Journal de Médecine de Paris. Ref. Journal d'accouchements. 15. September 1895, Nr. 37.

Routier behandelt die Gonorrhoe mit baktericiden Mitteln und zwar mit Kali hypermanganicum. Er wartet, bis die entzündlichen Erscheinungen vorüber sind und der Process subacut geworden ist. Dann wird sofort Urethra anterior und posterior behandelt mit langdauernden Spülungen einer lauwarmen Lösung von Kali hyp. 1 : 2000. Jedesmal 2—4 Liter. Gewöhnlich tritt die Heilung nach 7 oder 8 Spülungen ein. Bei Complicationen wird deren Heilung abgewartet. Um die Heilung festzustellen, wird eine „épreuve des bocks" (Janet) vorgenommen, da R. im Biergenusse das beste provocatorische Mittel erblickt, eventuell auch eine Injection von Argentum nitricum (Concentration?) dem gonococcentödtende Eigenschaften abgesprochen werden. Die Einfach-

heit der Methode und die Möglichkeit, die Ausführung derselben ganz in die Hände der Patienten zu legen, werden hervorgehoben.

Paul Oppler (Breslau)

Jaison, Ph. Alkalische Injectionen bei der Gonorrhoe-Behandlung. Sem. méd. 1895, Nr. 48, Vol. CXC.

Jaison hat auf Grund der Erfahrung, dass Gonococcen auf saurem Nährboden besser wachsen, antiseptische Injectionen mit Alkalien verbunden und dabei gute Erfolge erzielt. Er empfiehlt besonders eine Sublimatlösung (1 : 10000), welche 6% Liquor Kal. caustic. (5·84%) enthält.

Dagett, B. H. Flooding the Urinary Tract. Buffalo Medical Journ. Bd. XXXV, Nr. 3.

Daggett bespricht die Methoden zur Ausspülung der Blase ohne Catheter insbesondere die von Feleki und Janet angegebenen; er hält keine derselben für empfehlenswerth, weil sie einerseits namentlich bei jüngeren Individuen nicht immer zum Ziele führen, andrerseits bei bestehender Cystitis die Entzündung steigern. Er empfiehlt daher eine ähnliche Methode, bei welcher der Irrigator nur einen Fuss über dem Becken sich befindet; die injicirte Flüssigkeit soll eine Temperatur von 110 bis 112° F. haben; der Patient muss sich in halber Rückenlage mit angezogenen Beinen befinden, weil dann die Beckenmuskulatur und der Sphincter urethrae am besten entspannt sind. D. glaubt, dass unter diesen Bedingungen der Eintritt der Flüssigkeit in die Blase durch active Thätigkeit der Harnröhrenmuskeln unterstützt wird. Zum Beweise dafür, dass ein nennenswerther Flüssigkeitsdruck bei dieser Methode nicht nothwendig ist, wird u. A. ein Fall angeführt, bei welchem die Blasenausspülung trotz einer nach Urethrotomia externa zurückgebliebenen Harnröhrenfistel gelang. Die Ausspülung der Blase soll so oft wiederholt werden, bis die ablaufende Flüssigkeit klar ist; auch der Kranke selbst kann die Procedur leicht erlernen und allein an sich vornehmen. D. empfiehlt seine Methode besonders bei Cystitis und Urethritis mit Epididymitis und anderen Complicationen. Es werden mehrere Krankengeschichten von derartigen Fällen mitgetheilt, bei denen mit Hilfe der neuen Methode rasche Heilung erzielt wurde, nachdem die sonstigen therapeutischen Eingriffe im Stiche gelassen hatten. Auch bei der Behandlung der chronischen Prostatahypertrophie leistete die Irrigationsmethode sehr gute Dienste, u. A. bei einem 74jährigen Kranken mit sehr hochgradiger Prostatavergrösserung, der sich in der geschilderten Weise selbst zu behandeln lernte und so vor einem chirurgischen Eingriff bewahrt werden konnte.

J. Schäffer (Breslau).

Cipriani. Una nuova cannula per la irrigazione a doppia corrente della uretrite anteriore. Riv. Cl. e terap. Nov. 1895, Nr. 11.

Cipriani beschreibt eine von ihm angegebene Canüle zur Behandlung der Gonorrhoea anterior des Mannes. Dieselbe hat vorn zwei Schenkel und ist durch ein Septum getheilt. Dadurch entstehen 2 Kammern, eine obere und eine untere, welche mit den betreffenden Schenkeln communiciren. Jede Kammer enthält 5 kleine Löcher. Die Vortheile des

Instrumentes sind nach Verf. folgende: 1. Die Canüle ist sehr leicht zu handhaben. 2. Man kann in 5 Minuten etwa 2 L. Flüssigkeit durch die Urethra spülen. 3. Man kann, ohne dass eine Störung in der Function der Canüle eintritt, so tief in die Urethra eingehen, als nöthig ist. C. machte bei 34 Kranken 3mal täglich eine Ausspülung und sah nach 3 Wochen Heilung eintreten. Eine Urethritis posterior oder eine andere Complication sah er niemals. Mit der Behandlung wurde erst nach Aufhören der acuten Erscheinungen begonnen. Als Spülflüssigkeit diente Kali permang. 0·5—1 : 1000·0, Arg. nitr. 0·1 : 100·0, Zinc. sulfur. 0·5 : 1·0 : 100·0. Julius Raff (Breslau).

Albertazzi. La cura specifica della blenorragia con l'argentammina. Gazetta degli ospedali a delle cliniche 1895, 16. Juli.

Albertazzi stellt folgende Thesen über seine bisherigen Erfahrungen über die Wirkung des Argentamin bei Gonorrhoe auf: Die Argentaminlösungen dringen tief in das Gewebe, ohne es zu verletzen. Eine Argentaminlösung 1 : 4000 vernichtet eine Reincultur von Gonococcen leichter als eine Arg. nitr.-Lösung von 1 : 4000 oder eine Sublimatlösung 1 : 10000. Einspritzungen in die Urethra von Argentaminlösungen bis 1 : 1000 werden sehr gut vertragen; das Secret wird nach den ersten Injectionen etwas stärker, nimmt aber dann rapide ab. Argentamin-Injectionen sind fast in jeder Periode der Gonorrhoe angebracht. Die Heilungsdauer schwankt von 6—15 Tagen. Otto Lasch (Breslau).

Canova. De l'Ichthyol dans le traitement de la Blennorrhagie. Thèse de Paris 1895.

Canova hat unter Balzer's Leitung Gonorrhoen mit langdauernden Ichthyolausspülungen behandelt, auf Grund der Vorzüge, welche den Ichthyolinjectionen nachgerühmt werden. (Dass Jadassohn seinerzeit das Ichthyol für ein „ideales" Antigonorrhoicum erklärt haben soll, ist ein Irrthum C.'s. Ref.) C. verwendet Anfangs wenigstens immer eine 1% Lösung und spült einmal täglich mit ungefähr einem Liter von 30—35°. Nach einigen Tagen werden abwechselnd 1% und 2% Lösungen gespült. Wirkung soll schnell eintreten: Aufhören der Mictionsbeschwerden, Verminderung der Erectionen, Secretbeschränkung, ausgiebige Epithelabstossung. Keine Schmerzen, ausser in einem Falle bei einem Neurastheniker; jedoch Blasenreizung bei öfterer Wiederholung der Ausspülungen der posterior. Behandelt wurden

14 acute	Gonorrhoen, darunter	8 Erfolge,	5 Misserfolge,	1 nicht beob.
3 subac.		2 „		
9 chron.		6 „	2 „	1 fraglich.

Das Aufhören des Ausflusses und Verschwinden der Gonococcen fielen zeitlich beinahe stets zusammen, bei den acuten Fällen im Durchschnitt nach 10, bei den subacuten nach 7, bei den chronischen nach ca. 7 Tagen. Paul Oppler (Breslau).

Orlow. Ueber die Behandlung der Gonorrhoe der Urethra mit Formaldehyd. Woenno-medicinskij Journal 1895. Mai. Ref. Jeszenie-djelnik 1895, Nr. 34, p. 496. Russisch.

Orlow kommt auf Grund von 10 von ihm beobachteten Fällen zu dem Schlusse dass das Formaldehyd in 1—5% Lösungen günstig auf die Gonorrhoe einwirkt. Unter dem Einfluss der Einspritzungen (schwache Lösungen 3—4mal des Tages, starke nur 1mal) sollen die Gonococcen aus dem Secrete schnell verschwinden und das Secret selbst schnell aus dem eitrigen in den serösen Zustand übergehen. Dabei soll das Formalin, in schwachen Lösungen, keine reizende Wirkung ausüben. A. Grünfeld (Rostow).

Constantini B. Blenorragia curata col dermatolo. Ref. in Gazetta degli ospedali e delle cliniche 1895, Nr. 156.

Constantini hat bei vier Fällen von Gonorrhoe Injectionen mit 2—4% Suspensionen von Dermatol in sterilem Wasser angewandt. Die Injectionen wurden täglich 2mal ausgeführt. Die Schlussfolgerungen des Verfassers sind kurz folgende: Das Dermatol bildet für die erkrankte Schleimhaut ein gutes Deck- und Schutzmittel; es wirkt adstringirend und secretionsbehindernd. Es wirkt entwicklungshemmend auf die Gonococcen, vernichtet dieselben, ebenso auch die gewöhnlichen Eitererreger. Es kann die üblichen Adstringentien und Desinficientien vollständig ersetzen und während der ganzen Dauer einer Gonorrhoebehandlung angewandt werden, da eine Gewöhnung der Schleimhaut an das Medicament nicht eintritt. Max Dreysel (Leipzig).

Güntz, J. E. Die Behandlung der Gonorrhoe nach den neueren Methoden, insbesondere mit Zinkstäbchen, auf der Grundlage der Lehre vom Tripperpilz. Allg. Wiener med. Ztg. 1893. Deutsche Med.-Ztg. 1894, 60 p. 668.

Güntz behauptet, dass einzig und allein Jodoform und Calcaria chlorata die an ein Antigonorrhoicum zu stellenden Postulate erfüllen, nämlich, dass sie ohne zu reizen, sowohl in der praktisch anwendbaren Dosis die Gonococcen zu tödten, als auch in den Hauptsitz derselben im submucösen Gewebe zu dringen vermögen; und zwar schliesst G. Letzteres aus ihrer „Eigenschaft zu verdunsten und als gasartige Körper von den Flüssigkeiten überhaupt und somit auch, wie ausserdem experimentell nachgewiesen ist, von den Flüssigkeiten der Gewebe resorbirt zu werden". Jodoform ist in dickflüssiger Suspension in Wasser mit einer Art Salbenspritze, Calcar. chlor. in ½—2% Lösung zu injiciren. Chron. Gonorrhoe behandelt G. mit Zinkstäbchen, die durch Anrühren von präcipitirtem Zinkoxyd mit Wasser bereitet sind und durch ihre austrocknende Wirkung die Gonococcen ebenso vernichten, wie die Malariapilze in einem Sumpfe durch dessen Austrocknung vertrocknet und vernichtet werden. Münchheimer (Colberg).

G. L. Traitement de la blennorrhagie chronique chez l'homme. Le Mercredi médical. 17. Juli 1895, Nr. 29.

Im Eingange betont L., dass an der langen Dauer vieler Gonorrhoen die schlechte Leitung der Behandlung schuld sei; die grosse Mehrzahl der Aerzte behandelt nach einem Schema mit Injectionen oder Instillationen mit Arg. nitr. oder anderen Substanzen, ohne sich um secundäre Infectionen, die Ausdehnung und Tiefe des Processes oder um

das Bestehen von inficirten Drüsengängen, paraurethralen Gängen etc. und vor Allem ohne sich darum zu kümmern, ob noch Gonococcen vorhanden seien oder nicht. Dabei sei der Nachweis derselben und ihre gute Färbung sehr leicht, doch ist es nöthig, dass zur genauen Untersuchung der Morgenurin der Pat. verwendet werde. Der Verf. empfiehlt, ohne zunächst auf eine Anterior- und Posterior-Trennung einzugehen und von einer Ausspülung der Anterior zu sprechen, man solle den Pat. einen Theil seines Urins entleeren lassen, dann auf die Harnröhre und Prostata drücken und dann den 2. Theil uriniren lassen; finden sich in dieser 2. Portion Flocken, so sind diese auf Gonococcen zu untersuchen und eventuell die Prostrata resp. paraurethrale Herde als Aufenthaltsort von Gonococcen anzunehmen. Um des Verschwindens der Gonococcen ganz sicher zu sein, räth der Vf. entweder mehrere Gläser Bier trinken oder Injectionen mit Arg. nitr. Solut $^1/_{2000}$ oder Sublimat-Injectionen $^1/_{20000}$ in die Urethra vornehmen zu lassen, welch letztere zugleich den Zweck hätten, andere Mikroben, die ausser dem Gonococcus in der Urethra anter. vegetiren könnten, zu vernichten und die event. noch vorhandenen Gonococcen isolirt darzustellen. Der Verf. verbreitet sich dann über secundäre Infection mit anderen Mikroben der Luft oder der weibl. Vagina, da für die Ansiedlung solcher die Blennorrhoe eine erhöhte Disposition zu schaffen scheint; um von einer durch andere Mikroben verursachten secundären Infection reden zu können, müssen sich dieselben in ziemlich grosser Anzahl zeigen. Der Lieblingssitz dieser gonorrhoischen Secundär-Infection ist die Fossa navicularis; in diesem Falle findet man die Mikroben wohl im Secret, nicht aber in den Filamenten des Urins. Sind dieselben in den Fäden der I. Portion, so ist die Anterior durchweg inficirt, sind sie in den Fäden beider Portionen, so hat sich die Infection über die Urethra in ihrer ganzen Ausdehnung verbreitet; auch die Blase kann inficirt sein, was durch eine leichte Urintrübung, die sich weder auf Salpetersäure, noch Wärme aufhellt, oder durch das Auffinden einer beträchtlicheren Anzahl von freien oder in Leukocyten eingeschlossenen Mikroben im Sediment des Urins zu constatiren ist. Pyelonephritiden, die auch vorkommen können, geben immer eine zweifelhafte Prognose. Ebenso muss man an die Tiefe der Schleimhaut, Drüsen, Prostata, Samenbläschen denken, um sich die Erfolglosigkeit der Therapie zu erklären. Mit Hilfe eines Bougie à boule oder Béniqué'scher Sonden kann man die Unterschiede der Elasticität und des Calibers der Urethra in den verschiedenen Theilen feststellen. Der Druck mit dem Finger verschafft das Secret der Urethraldrüsen und der Prostata und lässt die Tiefenausdehnung des Processes in dieser Hinsicht erkennen. Auch die Endoskopie kann behufs Feststellung des Vorhandenseins von Polypen, Fissuren, Drüsenabscessen etc. nothwendig werden.

Dann erwähnt der Verf. kurz diejenigen Fälle, in denen zwar eine und zwar oft eine sehr hartnäckige Secretion vorhanden ist, aber nicht mehr Mikroorganismen nachweisbar sind; dieses Secret rührt von den Secretionsproducten dilatirter Urethraldrüsen her. Nach diesen Erörterungen, durch welche der Verf. beweisen will, dass die Indicationen und

damit die Methoden der Behandlungen sehr verschiedene sind, kommt er zur eigentlichen Therapie, die 3 verschiedene Ziele hat. I. Das nach dem Verf. am leichtesten zu erreichende ist die Entfernung der Gonococcen. Er empfiehlt täglich 1 Ausspulung der Urethra mit 1000 Gr. Solut. Kal. permang. (1/4000, am 2. Tage 1/3000, nach 7 Tagen 1/1000), so dass die eine Hälfte zur Ausspülung der Urethra anter., die andere zur Blasenausspulung verwendet wird. II. Die Bekämpfung der secundären Infection. So lange Gonococcen vorhanden sind, soll man der Kal. permang.-Löeung 1/1000 noch Sublimat zusetzen oder Solut. Arg. nitr. 1/4000 oder Instillationen mit Arg. nitr. 1/200 oder 1/100 anwenden. Wenn keine Gonococcen mehr da sind, so genugen im Ganzen 2 Sublimatausspülungen (einmal 1/20000, dann 1/10000) und ausserdem gründliche Reinigung des Orificium urethrae mit Sublimatlosung (1/2000) getränkter Watte. Für veraltete Fälle mit Sclerosirung empfiehlt Verf. allmälige Dehnung mit Béniqués nach vorheriger Sublimatausspülung. Otto Lasch (Breslau).

Schalenkamp. Die Insufflation trockener Pulver. Ein Beitrag zur localen Behandlung des chronischen Harnröhrentrippers beim Manne. Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. XX, Nr. 5.

Schalenkamp macht fur die Formen des chronischen Harnröhrentrippers, bei denen ein sparliches, dunnflüssiges, gonococcenfreies Secret abgesondert wird, das bisweilen verschwindet und auf Reize aller Art wieder erscheint, den — ubrigens nicht neuen — Vorschlag, eine Behandlung mittelst trockener Pulver adstringirender Medicamente einzuleiten. Die Medicamente (z. B. Jodoform, Calomel, Dermatol, Tannin, Thioform, Bismut. subnitr., Zinkoxyd etc.) werden mittelst eines aus einem Jacques-Patent-Katheter leicht zu improvisirenden Instrumentes, dessen nähere Beschreibung im Original nachzulesen ist, eingeblasen. Vor dem Einblasen des Pulvers muss der Kranke Urin lassen. Er soll möglichst wenig Flüssigkeiten zu sich nehmen. Die Anwendung der Insufflation erfolgt mindestens dreimal am Tage und muss noch kurze Zeit nach dem vollständigen Verschwinden des Secretes fortgesetzt werden.

Sternthal (Braunschweig).

Isaac. Ueber den Werth der Salbenbehdl. bei der chron. Gonorrhoe. Festschrift für Lewin, 5. Nov. 1895. S. Karger-Berlin.

Isaac versucht die Salbenbehandlung bei der Urethritis posterior gonorrhoica wieder zu Ansehen zu bringen und empfiehlt, da er nur den Mangel einer ordentlichen Salbenspritze für den Grund der Vernachlässigung der Salbentherapie hält, einen nach seinen Angaben gefertigten Apparat. Ferdinand Epstein (Breslau).

Phèlip. Le candelette e le instillazioni nella cura delle blennorragie chroniche ribelli. Lyon méd. 1895. August. Il Morgagni, 23. Novembre 1895, Nr. 44.

Wenn bei einer chronischen Gonorrhoe die Instillationen nach 14 Tagen keinen Erfolg haben, empfiehlt Phélip die Behandlung auszusetzen. Er unterlässt dann 2—4 Wochen jegliche Therapie, beginnt wieder mit Injectionen, um endlich nach weiteren 2 Wochen eventuell zur

Behandlung mit Metallsonden überzugehen. Er hält 2 aufeinander folgende Sitzungen mit einem Zwischenraum von 1—3 Tagen, nach weiteren 24—48 Stunden macht er eine Instillation und wiederholt den ganzen Cyklus noch einmal. Nach diesem Modus verfahrend, hat er 82% Heilungen gehabt. Auch hat er 2 Fälle von chronischer Prostatitis bei Gonorrhoe heilen sehen. Auch bei chronischer Gonorrhoe mit Strictur wendet Verfasser diese combinirte Behandlung an. Die Wirkung der Sonde sucht er nicht in einer Dehnung der Urethra, sondern in einer Massage derselben. P. empfiehlt nicht mit der Sonde die Behandlung zu beginnen, welche bei der ersten Sitzung die Strictur passirt, sondern mit einer solchen, die um 5 Nummern schwächer ist. Dann erst geht er allmählich zu stärkeren Sonden über. Der Verfasser wendet die Sonden von Béniqué an. Julius Raff (Stuttgart).

Rochet, V. De l'uréthrite chronique granuleuse et de son traitement par le sulfate de cuivre solide. Arch. prov. d. Chir., Th. III, p. 440.

Bei Fällen chronischer Urethritis mit klarem Secret und kleinen isolirten Granulationsherden benutzt Rochet Kupfersulfat in Substanz ($^1/_2$—$^1/_3$) mit grösserem Vortheil als Argentum nitricum. Stricturen müssen vorher geheilt sein; durch die mittels eines neuen Aetzmittelträgers applicirten Aetzungen sollen solche nicht zu Stande kommen. J.

Akazatow, N. Behandlung der chronischen Urethritis bei Männern. Woenno-Medizinskii Journal 1894, März. (Ref. Jeszeniedjelnik 1895, Nr. 23). Russisch.

Auf Grund von 31 beobachteten Fällen empfiehlt Akazatow die Behandlung des chronischen Trippers mit den schweren Bougies von Béniqué. Die Behandlung soll kurze Zeit nach Ablauf der acuten Symptome eingeleitet werden. A. Grünfeld (Rostow).

Ehrmann, S. Ueber Behandlung paraurethraler Hohlgänge und Urethralpapillome. Wiener med. Presse 1895, Nr. 8.

Ehrmann gibt nach einer kurzen Besprechung der Wichtigkeit des Bestehens gonorrhoisch inficirter paraurethraler Gänge für den Träger, der dadurch stets Autoinfectionen in der Urethra ausgesetzt ist, (eine ja oft genug hervorgehobene Thatsache) eine Methode an, die es ermöglicht, solche Gänge mittelst Elektrolyse unblutig und ohne Schmerz zu zerstören. E. hat bereits 21 Fälle derartig zur completen Heilung gebracht, ohne je einen Misserfolg gehabt zu haben. Als Kathode verwendet er eine knopfförmig endigende Sonde — das knopfförmige Ende von Metall — die in den Gang geschoben wird. Die Stromstärke bleibt stets unter 4 MA. Der Strom wird dabei mittelst zweier eingeschalteter Rheostaten minutiös regulirt. — Im Orificium sowie tiefer in der Urethra spriessende Papillome entfernt der Autor je nach Grösse und Sitz mittelst als Kathode armirter „Löffelchen" Lanzen, Stachel, oder einer Kugelelektrode, welche im Endoskop (Hartgummi) unter Spiegelbeleuchtung vorgeschoben und unter Augencontrole gehandhabt werden. Die Instrumente werden näher beschrieben. Carl Ullmann (Wien).

Woodward, R. M. Cleveland, Ohio. An Operation for Relieving Phimosis when Complicating Gonorrhoea, without Infecting the Wound. The New-York Med. Journ. 23. Febr. 1895, Vol. LXI, Nr. 8.

Woodward, empfiehlt ein neues Verfahren, um bei Operation der in Folge von Gonorrhoe oder weichen Schankern entstandenen Phimose eine Infection der Schnittflächen zu vermeiden. Es wird die Phimose in eine Paraphimose verwandelt und gründlichst desinficirt. Dann erfolgt nach vorhergegangener Cocainisirung eine kleine Incision am Dorsum penis in der Nähe seiner Wurzel. Von dort aus wird eine Hohlsonde subcutan bis unter den Schnürring hinter der Corona glandis vorgeschoben. Auf demselben Wege unter Leitung der Sonde führt man nun ein Tenotom flach ein. Nach Erreichen der Einschnürung schlitze man dieselbe subcutan ein und reponire nun die Vorhaut. Die kleine Einschlitzung genügte in den Fällen des Verf. zur dauernden Beseitigung der Phimose. Ob Woodward das Verfahren auch schon bei weichen Schankern angewendet und auch hier keine Wundflächeninfection eingetreten ist, geht nicht sicher aus dem Artikel hervor.

Hugo Müller (Frankfurt a. M.)

Buckston Browne, G Syme's treatment of urethral stricture. To the Editors of the Lancet. Lancet, 22. Dec. 1894.

Buckston Browne spricht sich in einer Zuschrift an die Redaction des „Lancet“ gegen die von Pemberton vertheidigte Ansicht aus, dass die Urethrotomia externa bis heute den von Syme für sie in Anspruch genommenen Werth behalten habe. Er lobt im Gegentheil die von Jenem verworfene innere Urethrotomie, bei der nicht, wie nach der äusseren Urethrotomie, Fisteln zurückblieben oder schwere Blutungen einträten, und die doch die schwersten Stricturen gut und dauernd beseitige.

Sternthal (Braunschweig).

Brown, W. H. Chronic stricture of the urethra. Sheffield Medico-Chirurgical Society. Lancet, 9. März 1895.

Brown hält die Behandlung chronischer Urethralstricturen mit Dilatation, gleichviel ob diese schnell oder allmälig ausgeführt wird, für gefährlich, sobald eine schwerere Form von Cystitis vorhanden oder die Urethra abnorm sensitiv ist. Er verwirft die innere Urethrotomie, hält dagegen die äussere nach dem Verfahren von Wheelhouse für eine sichere und wirksame Methode. Ein Vortheil dieser Methode ist, dass sie dem Operateur die Gelegenheit gibt, die Blase zu untersuchen, wodurch in einem seiner Fälle unvermutheterweise 2 Steine gefunden wurden. Diese Methode sorge ferner für eine wirksame, nachfolgende Blasendrainage. Verf. lässt stets 4—5 Tage ein Drainrohr in der Blase liegen und spült in schweren Fällen mit Chininlösung aus.

Sternthal (Braunschweig).

Ferria Sulla elettrolisi lineare dei Restringimenti uretrali. Gazetta Medica di Torino, 15. Juni 1895, Nr. 24, 25, 26.

Ferria hält die Elektrolyse für ein sehr gutes Mittel zur Behandlung der Harnröhrenstricturen, welches oft der Urethrotomia interna vorzuziehen ist. Man unterscheidet dabei das langsame und das schnelle

Verfahren. Bei dem ersteren kommt das Instrument von Newmann in Anwendung. Dasselbe ist scherenförmig, die eine Branche trägt eine Olive aus Platin, die andere ein Endglied, um den Strom aufzunehmen. Man arbeitet mit Strömen von 3—5 Milliampères 3—5 Minuten lang alle 8 Tage; bis zur vollständigen Heilung sollen 3 Monate vergehen; Newmann's Resultate sind sehr gut. Das schnelle Verfahren bezweckt die Strictur in einer Sitzung zu durchbrechen wie bei der inneren Urethrotomie und zwar durch chemische Zersetzungen, welche der Strom bewirkt. Das Instrument dazu besteht aus einer etwa 30 Cm. langen Schere, an deren einer Branche eine dreieckige Platte von Platin angebracht ist oder vielmehr ein Platinfaden. der einen stumpfen Winkel beschreibt, und dessen Basis von einem Schaft aus Metall gebildet wird. An der anderen Branche befindet sich ein Endglied mit einem Rheofor und einem isolirten Endknopf. Der grösste Durchmesser des Instrumentes übersteigt nicht Nr. 7 Charrière. Eine Batterie von 12 Elementen mit Stromunterbrecher und mit Galvanometer sind dazu nothwendig. Der Einführung des Instrumentes lässt man eine Auswaschung der Urethra mit Borsäure vorangehen und macht zur Anästhesie eine Injection von 2—3% Lösung von Cocain muriat. Man verbindet den in die Urethra eingeführten negativen Pol mit der Batterie, den positiven setzt man auf den Körper des Kranken auf und lässt dann etwa einen Strom von 12 M.-A. durchgehen; man kann auch bis zu 24 M.-A. steigen. Man fühlt nach kurzer Zeit, dass das Instrument weiter eingeführt werden kann, d. h. dass die Strictur durchbrochen ist, worauf man den Strom wieder öffnet. Dann macht man abermals eine Blasenausspülung und lässt den Kranken am besten sich zu Bett legen und laxirende Mineralwässer trinken. Die Wirkung der Instrumente ist wie F. ausdrücklich hervorhebt, keine galvanokaustische. Als Nachbehandlung müssen die Kranken regelmässig bougirt werden, bis man auf Nr. 20 Charrière angelangt ist. Es folgen nun die Krankengeschichten der 20 von F. mit Elektrolyse behandelten Fälle. Die Intensität des Stromes schwankt zwischen 10 Milliampères und 40. Sie richtet sich nach der Toleranz des Patienten. Zu lange darf man den Strom nicht einwirken lassen, weil man sonst Gefahr läuft, auch auf gesundes Gewebe einzuwirken und dadurch neue Stricturen erzeugen kann. So ist es Verfasser in einem Falle auch ergangen. Die Dauer der elektrolytischen Sitzung schwankte in F.'s Fällen zwischen 25" und 10'. Als mittlere Zeitdauer betrachtet er 4 Minuten, als mittlere Stromintensität 20 M.-A. Bei sehr langen unregelmässigen harten Stricturen führt die lineare Elektrolyse oft nicht zum Ziel (in 4 Fällen des Verfassers), oder es ist eine zweite Sitzung nöthig (ebenfalls 4 Fälle). Dagegen ist der Erfolg der ersten Sitzung, auch wenn es nicht gelang, die Strictur zu passiren, immer derartig, dass die subjectiven Beschwerden des Kranken gemildert werden. Macht man dann eine zweite Sitzung, so gelingt es oft noch mit schwachen Strömen und in kurzer Zeit die Strictur zu überwinden. Diese günstige Wirkung der Elektrolyse führt F. darauf zurück, dass der Strom nicht bloss an dem Punkte wirkt, wo die Metallplatte die Schleimhaut berührt,

sondern dass er eine Art von Fernwirkung entfaltet. Der Schmerz bei der Operation wird sehr verschieden angegeben, im Allgemeinen wird jedoch der Eingriff von den Kranken ohne besondere Schmerzen ausgehalten. Blutungen und Fieber nach der Elektrolyse hat F. nie beobachtet, ebenso keine Urininfiltration, wie sie bei der Urethrotomia interna selbst bei geübten Operateuren vorkommt. Was nun die Frage der Recidive anbetrifft, so ist von Desnos berichtet worden, dass er in einer grossen Anzahl von Fällen eine neue Stricturirung auftreten sah. F. erklärt diese Misserfolge dadurch, dass Desnos viel zu starke Ströme nahm (25 bis 30 M.-A.) und sie zu lange (bis 30 Min.) einwirken liess. Er selbst hat unter seinen 20 Fällen 9, in denen nach 1—3 Jahren bei mehr oder weniger gut durchgeführter Sondencur die Strictur sich noch mehr erweitert hatte. In 4 Fällen, in denen gar keine Nachbehandlung stattfand, blieb gleichwohl die Strictur erweitert, wenn auch nur bis auf 14 (Charrière). In weiteren 4 Fällen, in denen keine Nachbehandlung stattfand, und durch die Elektrolyse eine beträchtliche Erweiterung erzielt worden war, trat nach verschiedener Zeit (durchschnittlich 17 Monate) wieder eine Verengerung ein. Gegenüber den vielfachen Vortheilen der linearen Elektrolyse: geringe Schmerzhaftigkeit, keine Nachblutung, keine Urininfiltration, Möglichkeit, die Behandlung ambulatorisch durchzuführen, weiss Verf. bloss einen Nachtheil im Vergleich zur Urethrotomia interna: die Methode ist in einer beschränkteren Anzahl von Fällen durchführbar. F. fasst zuletzt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Bei der Behandlung der Harnröhrenstricturen mit linearer Elektrolyse beträgt die obere Grenze für den Strom 20 M.-A. bei einer Dauer von höchstens 4 Minuten für eine Sitzung. Ist die Zeitdauer eine geringere, so kann man den Strom auch noch stärker nehmen. 2. Die Elektrolyse eignet sich nicht für sehr harte, narbige, unebene, gewundene Stricturen, ferner für solche, die länger sind als 1 Cm. oder complicirt sind mit einem periurethralen Infiltrat. 3. Für alle anderen Stricturen ist die Elektrolyse die beste Methode, weil sie keine Gefahren für den Kranken mit sich bringt und ambulatorisch durchgeführt werden kann. 4. Treten Recidive ein, so kommen sie nicht schneller und sind nicht schwerer als bei der Urethrotomia interna. Uebrigens sind die Resultate der Elektrolyse sowohl lange Zeit nach der Operation wie auch gleich nach derselben ausgezeichnet, wenn man nur die Nachbehandlung nicht vernachlässigt.

Julius Raff (Stuttgart).

Fort. Linear Electrolysis. A New Process in the Treatement of the Strictures.

Fort. Electrolyser for the Surgical Treatement of Strictures. The New-York Med. Jour. Vol. LXII, Nr. 20, d. 16. Nov. 1895.

Fort empfiehlt auf's Wärmste seine auch für Uterus, Oesophagus und Rectum geeignete Methode der Elektrolyse zur Anwendung bei Urethralstricturen. Er hat für diesen Zweck ein Instrument angegeben, welches aus einem langen dünnen biegsamen Bougie besteht, dessen Form von einem Platindrahte gebildet wird; darüber eine dünne Guttapercha-

schicht. Das Bougie wird mit dem negativen Pole eines constanten Stromes in Verbindung gebracht. Die Operation dauert nur Secunden, ist schmerzlos, unblutig und führt nach Fort stets zu dem gewünschten Resultate. Meistens kommt man mit einer Stromstärke von 10 Milliampères aus. 3 Tage nach der Operation kann man schon mit starken Bougies vorgehen. F. hat allein schon 135 Fälle von Oesophagusstrictur auf diese Weise mit Erfolg behandelt. Beigegeben sind Notizen über 10 Fälle von Urethralstricturen. Paul Oppler (Breslau).

Watson. An Analysis of one Hundred Cases of Urethral Stricture Operated upon by Various Methods. Medical and Surgical Reports of the Boston City Hospital. 1895.

Watson hat in den letzten 8 Jahren 100 Fälle von Urethralstricturen operativ behandelt. Von Operationsmethoden kommen zur Anwendung:

Urethrotomia interna bei Stricturen der Pars anterior:

a) Nach Otis	37
b) Nach Maisonneuve	13
Urethrotomia interna bei Strictur der Pars membranacea	2
Urethrotomia interna, combiuirt mit Urethrotomia externa perinealis	24
Urethrotomia externa perinealis	13
Zerreissung von Stricturen der Pars membranacea	4
Urethrotomia int. und ext. nach Garin	5
Resection und Naht bei vorderer Strictur	1
Cystotomia suprapubica und nachfolgende Urethrotomia ext. perinealis	1
	Sa. 100

Die Sterblichkeit betrug 4%. Die Einzelheiten der Indicationen und Operationsmethoden sind im Originale nachzulesen. Unter 21 noch später beobachteten Fällen von Urethrotomia interna fanden sich 2 Recidive 4 und 6 Jahre nach der Operation. Von den 4 mit Divulsion behandelten Fällen recidivirten 2. Unter 5 weiter beobachteten Fällen von Urethrotomia externa fanden sich 2 Recidive. Paul Oppler (Breslau).

Tavitian. Etude sur le guajacol et son emploi dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. Thèse, Paris 1895.

Tavitian bespricht zunächst das Guajacol vom chemischen und physiologischen Standpunkt und empfiehlt sodann zur Behandlung der Epididymitis unter der Form von Umschlägen 2% Lösung oder von Salben (5 : 30 Vaselin). E. Finger (Wien).

Pucci. Il Guajacol per via epidermica nell'orchite. Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1. Juni 1895, Nr. 66.

Pucci berichtet über den günstigen Einfluss, den das Guajacol bei einem Falle von doppelseitiger Orchitis entfaltet hat. Eine 10%ige Guajacolsalbe wurde auf das Scrotum applicirt, und Fieber sowohl als Schmerzen waren schon am nächsten Tage verschwunden. Die Anwendung des Mittels verursachte ziemlich starkes Brennen. Chinin, welches gegen das Fieber angewendet wurde, hatte keinen Erfolg. P. erwähnt, dass von anderer Seite Application von Guajacolsalben auf die

Wirbelsäule bei Malaria empfohlen wurde; es half in Fällen, in denen Chinin nicht vertragen wurde, Arsen, Antipyrin und Eucalyptus fruchtlos geblieben war. Julius Raff (Stuttgart).

Doléris. Therapie bei weiblicher Gonorrhoe. Nouv. arch. d'obstétr. et de gynécol. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1895, p. 145.

Doléris verwirft bei acuter Gonorrhoe jegliche active Therapie und empfiehlt nur Bettruhe, Scheidenausspülungen mit Sublimat und Einlegen von Tampons in die Scheide; bei chronischer Gonorrhoe wendet er Dilatationen des Uterus und intrauterine antiseptische Ausspülungen an. Paul Neisser (Beuthen).

Garofalo. L'ittiolo nelle blennorragie delle donne. Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche, 19. Dec. 1895, Nr. 152.

Garofalo rühmt den günstigen Einfluss des Ichthyols bei der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Er glaubt durch eine methodische Ichthyolbehandlung das Uebergreifen der Gonorrhoe auf den Uterus und seine Adnexe verhüten zu können. Julius Raff (Stuttgart).

Tixeron, Louis. Traitement des infections blennorrhagiques chez la femme par le permanganate de potasse. Thèse, Paris 1895.

Tixeron plaidirt während der Anwesenheit von Gonococcen bei weiblicher Gonorrhoe die Behandlung von Janet, mit Kali hypermanganicum-Irrigationen und Injectionen vorzunehmen. Für die Phase secundärer Infection empfiehlt er Irrigationen von Sublimat 1 : 10.000, für bakterienfreie Katarrhe Ichthyol, für Urethra in 1%, für Vagina in 10% Lösung. Ebenso applicirt er bei Bartholinitis und Urethritis externa das Kali hypermanganicum mittelst kleiner Spritze. E. Finger (Wien).

Pryor. The Palliative Treatment of Gonorrhoeal Tubal Disease. New-York Medical Journal. Nov. 1895.

Pryor tritt für eine frühzeitige Punction der gonorrhoisch erkrankten Tuben ein, weil im Anfang der Process selten über dieselben hinausgeht. Er hält die Operation auch für den nicht besonders geschulten Arzt für ausführbar und sah bei dieser Behandlung 80% seiner Fälle ohne Recidiv heilen. Max Pinner (Breslau).

Howard A. Kelly. Gonorrhoeal pyelitis and pyoureter cured by irrigation. Bulletin of the J. Hopkins Hospital 1895, Febr.

Howard A. Kelly hat eine Frau, die an blennorrhagischer aufsteigender Pyelitis litt, durch Catheterisiren und Irrigation der Ureteren geheilt. E. Finger (Wien).

Detchart A. Traitement du rhumatisme blennorrhagique. Thèse, Paris 1895.

Detchard empfiehlt bei gonorrhoischem Rheumatismus die locale Anwendung von Hg-Pflastern, welche Behandlung nach seiner Ansicht sowohl locale, als (durch Resorption des Hg in die Circulation) Allgemeinwirkung äussert. E. Finger (Wien).

Courtin. Traitement de l'arthrite blennorrhagique. Gazette hebdomadaire des sciences médicales, Nr. 34, 1894.

Courtin empfiehlt für die leichteren Formen von gonorrhoischer Gelenkaffection, der einfachen Arthralgie ohne nachweisbare Veränderung und der Synovitis serosa Ruhe und Application von heissen Einpackungen bei gleichzeitig energisch fortgesetzter Bekämpfung der Urethritis. Sollte eine acute Gelenkentzündung event. mit eitrigem Erguss in die Gelenkhöhle eintreten, so ist radicale chirurgische Behandlung angebracht. Max Pinner (Breslau).

Güntz, J. E. Die Verhütung und Behandlung der blennorrhoischen Augenentzündung der Neugeborenen. Aerztlicher Centralanzeiger 1895, Nr. 19. u. 20.

Güntz perhorrescirt alle Behandlungsmethoden der Gonorrhoe als schädlich und unwirksam — mit Ausnahme der von ihm vorgenommenen Ausspülungen der Harnröhre mit Calcaria chlorat. 2 : 100 (zu filtriren!). Vor der Geburt spült er die Scheide mit Thymol (1 : 1100) aus; mit derselben Lösung wird die Lidspalte bei Blennorrhoe bespült; ausserdem Eisumschläge und bei Hornhautgeschwüren Jodoform. J.

Fromaget. Traitement de l'ophthalmie purulente par le formol. Annales d'oculistique, 1895 II.

Fromaget empfiehlt bei Blennorrhoe Formol 1 : 2000 zu Auswaschungen, 1 : 200 zu Einträufelungen; der erfahrene Ophthalmologe wird besser die Cauterisationen mit Argentum nitricum noch nebenbei anwenden. Dieses tödtet die Gonococcen, das Formol verschlechtert den Nährboden. J.

Frothingham. The Use of Strong Solutions of Argentum Nitrate in the Treatment of Ophthamial Neonatorum. Harper. Hospital Bulletin for August 17. 1895. Ref. The Therapeutic Gazette. Vol. XIX, Nr. 216. Dec. 1895.

Frothingham empfiehlt zur Behandlung der Ophthalmoblennorrhoe, im ersten (?) Stadium häufige — mindestens stündliche — Waschungen mit Borsäurelösung oder Sublimatlösung 1 : 5000, im zweiten (?) Einträufeln von 1—2% Argentum nitricum-Lösungen. Paul Oppler (Breslau).

Verbreitung und Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Prostitutionswesen.

Stone A. K. Prostitution. The Relation of the Experience of Europe to the Solution of the Problem in Boston. The Boston Medical and Surgical Journal. XXXIII Nr. 2.

Stone verdankt seine Informationen über das Prostitutionswesen in Europa besonders den Berichten zahlreicher Commissionen, welche in den Jahren 1890—92 sich mit der Lösung der Prostitutions-Frage beschäftigten. — Von den europäischen Staaten ist nur England

ohne die gesetzliche Institution einer Controle der Prostituirten; auch wird dort die öffentliche Anlockung fast gar nicht eingeschränkt. In den Städten der übrigen Länder wird die Controle in der Weise gehandhabt, dass die Mädchen, welche entweder in öffentlichen Häusern untergebracht oder als „Inscribirte" der Polizei bekannt sind, von Zeit zu Zeit einer Untersuchung unterworfen werden. Die in den Statistiken angegebene Zahl der unter polizeilicher Aufsicht stehenden Personen ist meist (z. B. in Paris) viel kleiner als in Wirklichkeit, da noch viele andere der Polizei nicht bekannte Mädchen ihren Unterhalt durch die Prostitution verdienen. Nach den statistischen Berechnungen verschiedener Autoren (Fiaux in Belgien, Bergh in Kopenhagen, Neisser in Breslau, Passavant in Paris u. A.) kann man im Allgemeinen annehmen, dass in Europa etwa 30 bis 50% aller den Behörden bekannten Prostituirten venerisch erkrankt sind. Was die Verbreitung der Syphilis betrifft, so geht aus der Mehrzahl der Berichte hervor, dass diese Krankheit im Zunehmen begriffen ist; dieser Ansicht sind z. B. Vidal, le Fort, Fournier und Mauriac, während für die französische und belgische Armee eine Abnahme der Geschlechtskrankheiten angegeben wird. Nach Blaschko haben in Berlin seit 1856 die venerischen Erkrankungen abgenommen, während Wolf und Neumann dies bestreiten. Uebereinstimmend wird von allen Autoren die Ansicht ausgesprochen, dass die bisherigen sanitären Massregeln zur Verhütung der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unzureichend seien. — Sehr verschieden sind die Vorstellungen über die zur Abwehr nothwendigen Mittel. Während z. B. ein französischer Minister meint, dass für jeden Ort besondere Gesetze erlassen werden müssen, verwirft ein anderer die staatliche Regelung der Prostitution vollständig. Auf dem 10. internationalen Congress zu Berlin stimmte die Mehrzahl für die Unterbringung der Prostituirten in einem bestimmten Stadtviertel und in Bordellen; Andere wieder hielten dies für besonders gefährlich. Thatsächlich lässt sich ein beständiges Herabgehen der Anzahl der öffentlichen Häuser in den grossen Städten constatiren, so in Paris, St. Petersburg und in Antwerpen. Nach allen bisher gesammelten Erfahrungen gibt es also bisher keine allgemein anerkannte Methode zur Lösung der Prostitutionsfrage. Von allen Autoren zugestanden ist der Mangel an Einrichtungen, die erkrankten Prostituirten ausreichend zu behandeln. Indessen darf bei der Aufstellung der Grundsätze der Internirung nicht ausseracht gelassen werden, dass bei allzustrengen Vorschriften die erkrankten Mädchen sich der Aufnahme ins Hospital entziehen (z. B. durch Wechsel des Wohnsitzes) und so die Verbreitung der venerischen Krankheiten begünstigen. — Stone bespricht zum Schluss die Verhältnisse der Prostitution in Boston, die vor der kürzlich vollzogenen Aenderung in der Polizeiverwaltung ausserordentlich ungünstige waren. Es bestand ein ausgedehnter Mädchenhandel und eine grosse Anzahl berüchtigter Bordelle, in denen alkoholische Getränke in unbeschränkter Weise verkauft wurden und sehr häufig verschiedenartige Excesse vorkamen. Seit dem energischen Ein-

schreiten des neuen Polizeipräsidenten hat die Zahl der öffentlichen Häuser und der Prostituirten erheblich abgenommen. Es hätte sich nur ein einziger Uebelstand bemerkbar gemacht, dass nämlich die Prostitution in einzelnen früher verschont gebliebenen Stadttheilen sich ausgebreitet hätte; indessen würde wenigstens hierdurch die Aufmerksamkeit mehr auf dieses Uebel gelenkt und so eine Bekämpfung desselben befördert. Da also bisher ein bestimmtes System zur Unterdrückung der Prostitution nicht existirt, müsse man dieselbe einzuschränken suchen durch eine strenge Beurtheilung dieser Verhältnisse durch die öffentliche Meinung, durch Unterstützung der diesbezüglichen Gesetze, durch Erziehung der Jugend und endlich auch dadurch, dass man die Vermehrung der verbrecherischen Menschenclasse durch Castration und Entfernung der Ovarien vermindert (!); denn die weiblichen Nachkommen dieser verfielen der Prostitution. Gleichzeitig sollte die Verbreitung der venerischen Krankheiten durch die Möglichkeit entsprechender Hospitalbehandlung bekämpft werden. In der dem Vortrag folgenden Discussion berichtet De Blois u. A. über seine Erfahrungen bezüglich des Prostitutionswesens in fremden Städten und in Boston. Hier hatte er Gelegenheit, die Mädchen eines Bordells regelmässig zu untersuchen; er betont die Schwierigkeit und Unzulänglichkeit einer derartigen Controle, zumal wenn eine Unterstützung der Polizeibehörden hierbei fehlt. Folsom weist auf die „Contagious Diseases Acts" hin, welche in einzelnen englischen Districten zum Zwecke der Verminderung der Geschlechtskrankheiten mehrere Jahre lang in Kraft waren. Die Ansichten über die Wirksamkeit dieser Institution waren so widersprechend, dass dieselbe nach kurzer Zeit vom Parlament wieder aufgehoben wurde. Auch die Errichtung der „Locke-Hospitäler" leistete nichts Wesentliches, weil die Internirung der Prostituirten nicht lange genug stattfinden konnte Hinsichtlich der heimatlichen Verhältnisse erwähnt Folsom nur, dass in St. Louis ein Versuch gemacht worden sei, das Prostitutionswesen zu regeln, und bemerkt auf einen Einwand Putnams, dass die Einrichtungen zur Aufnahme geschlechtskranker Frauen in Tewksbury und Bridgewater unzureichend seien. Am Schlusse der Debatte spricht sich Stone noch einmal in dem Sinne aus, dass er die Aufhebung der Bordelle für empfehlenswerth hält; die Geschlechtskrankheiten würden sich sicherer einschränken lassen, wenn die Prostituirten nur einzeln wohnen dürften.

Schäffer.

Lewis, Denslow. What Should the Policy of the State toward Prostitution? Remarks Made at the September Meeting of the Doctors' Club of Chicago. The Provinc. Medic. Journ. XIV. Nr. 168, 2. Dec. 1895 p. 646.

Zur Bekämpfung der Prostitution hält Lewis zunächst sociale Massnahmen für erforderlich, durch welche Hebung des Arbeitslohnes und Eröffnung neuer Berufsarten für Frauen erzielt werden. Ausserdem aber müsse, schon aus Rücksicht auf die Frauen und Kinder der mit Prostituirten verkehrenden Männer, sanitätspolizeilich vorgegangen

werden. Die Vorbedingung für diesbezügliche Einrichtungen — Reglementirung mit periodischen Untersuchungen, wie in Europa, aber unter absoluter Schonung der individuellen Freiheit! — sei jedoch in Amerika die Beseitigung von Staatsgesetzen, die, z. B. in Illinois, nicht nur jede Action gegen die Prostitution, sondern auch die blosse official cognizance derselben verbieten. Bis diese Gesetze abgeschafft sind, könne die Polizei wenigstens dafur sorgen, dass die in Gefängnissen, Asylen etc. untergebrachten Männer auf venerische Krankheiten regelmässig untersucht und eventuell, wenn die krank Befundenen selbst es wünschen, behandelt werden. Endlich solle auch von den Behörden durch Gründung von Specialhospitalern und Ambulatorien die Möglichkeit einer sachgemassen Behandlung, wenigstens in den grossen Städten, erweitert werden. Die Aerzte in denselben konnten manche Infection dadurch verhüten, dass sie die — freiwillig in Behandlung kommenden — Prostituirten über einen prophylaktischen Gebrauch von Antisepticis unterrichten. F. Münchheimer.

Pontoppidan. Die Controle bei der Prostitution und die Ausbreitung der venerischen Krankheiten. Hospitals-Titende X., 20. Ref. Deutsche Med. Zeitg. 1893, 81 p. 917.

Pontoppidan stellt Statistiken über die Häufigkeit der venerischen Krankheiten in Kopenhagen, wo seit 1886 die sanitätspolizeiliche Controle der Prostitution verschärft ist, solchen aus Italien und Norwegen gegenuber. Der Vergleich fällt so ungünstig für die letzteren aus, dass P. die Wiedereinführung der Controle, die ja für Italien im Jahre 1891 durch Aufhebung der lex Crispi nach dreijähriger Wirksamkeit geschah, auch für Norwegen als sicher prophezeit.

F. Münchheimer.

Borowski. W. K. Zur Frage über die Quellen der Syphilisinfection. Woenno-medizinskii Journal 1894, August. (Ref. Jeszenedjelnik 1894, Nr. 45.) Russisch.

Auf Grund eigener Beobachtungen im Kiewer Militär-Spital kam Borowsky in Uebereinstimmung mit vielen anderen Autoren zur Ueberzeugung, dass die Zahl der Ansteckungen mit Syphilis durch die geheime Prostitution bedeutend grösser ist als die durch bordellirte und isolirte Prostituirte, welche unter Aufsicht stehen. Nach der Tabelle von Borowsky (für die letzten 4 Jahre) beträgt die Ansteckung durch die eingetragenen Prostituirten in Procenten ausgedrückt 20·75 für Officiere und 21·5 für Soldaten, während die Infection durch geheime Prostitution für Officiere 79·25% und für Soldaten 78·3% beträgt! A. Grünfeld.

Scarensio. La sifilide ed i vigenti regolamenti contro di essa. Lettura fatta al R. istituto Lombardo di Scienze e lettere nell' addunanza del 7 Marzo 1895.

Bekanntlich wurde im Jahre 1888 in Italien die polizeiliche Ueberwachung der Prostitution aufgehoben. Scarenzio beklagt diese Massregel aufs Tiefste und weist in seinem Vortrage zahlenmässig nach, wie sehr die Syphilis und die venerischen Krankheiten seitdem zuge-

nommen haben. Seit 1891 besteht übrigens eine Besserung insofern, als die Zwangseinschreibung und regelmässige ärztliche Untersuchung wieder eingeführt ist, aber nach Scarenzio ohne besonderen Erfolg. Er weist darauf hin, wie lebhaft die Agitation von Seiten der Aerzte und ärztlichen Vereine ist, um eine Rückkehr zu den Gesetzen vor 1888 zu erlangen, und fordert Alle auf, in ihren Bemühungen nicht nachzulassen.

Raff.

Herzenstein, G. M. Ueber die Massregeln zur Bekämpfung der Syphilis auf dem Lande. Vortrag, gehalten in der Sitzung der russischen syphilidologischen Gesellschaft am 29. April 1895. Jeszenedjelnik 1895, Nr. 26 p. 389—396. Russisch.

Auf Grund angeführter Facta und Behauptungen macht Herzenstein u. A. folgende Schlüsse: 1. Die syphilitischen Erkrankungen im russischen Volke nehmen ununterbrochen zu. 2. In Folge der Bedingungen, welchen die Verbreitung der Lues unterliegt, kann die medicinische Hilfe nicht localisirt werden insbesonders noch aus dem Grunde, weil die Mittel ungeheuer mangelhaft sind. Nur der Staat kann den Kampf gegen dieses Leiden auf sich übernehmen, da er ausser genügenden Mitteln auch das nöthige Aerztepersonal zur Verfügung hat. 3. Die Bekämpfung der Syphilis soll zuerst in den Gouvernements beginnen, welche an der Wolga liegen, und in einigen Gouvernements des centralen Theiles Russlands, wo die Bevölkerung sich mit Gewerben beschäftigt, welche ausserhalb der Heimat betrieben werden müssen. 4. Die Bekämpfung soll durch besondere Colonen, Aerzte und niedere medicinische Chargen (Feldscher etc.) ausgeführt werden; dieselben sollen einzelne Punkte bereisen und eine Zeit lang dort verbleiben. A. Grünfeld.

Petersen, O. W. Ueber die Massregeln zur Bekämpfung der Syphilis in Russland. Wratsch 1895, Nr. 31, p. 865—867. Russ.

Im Anschluss an die von Herzenstein angegebenen Massregeln bespricht Petersen dieselbe wichtige Frage und macht darauf aufmerksam, dass die Bekämpfung der Syphilis resp. die Behandlung derselben von reisenden Colonen absolut unmöglich wird, da die dazu nöthigen Mittel kolossal gross sein müssen. Petersen macht mit Recht darauf aufmerksam, dass in den Residenz- sowie anderen grossen Handelsstädten specielle Spitäler eingerichtet werden müssen, damit die wandernden Arbeiter stets Hilfe bekommen können und nicht in Folge von Platzmangel in den Spitälern sich aufs Land begeben müssten und dort unweigerlich mit Lues extragenital anstecken. A. Grünfeld.

Frinowski, N. E. Zur Organisation des Kampfes gegen die Syphilis auf dem Lande. — Jeszenedjelnik 1895, Nr. 15, p. 217—226. Russisch.

Der Vortrag von Frinowski, gehalten in der St. Petersburger Syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft, illustrirt, wie stark die Syphilis in manchen Dörfern des grossen russischen Reiches verbreitet ist, und mahnt, dieses Unglück zu berücksichtigen und junge Aerzte aufs Land zu schicken und in jedem Dorfe Haus für Haus zu untersuchen

und der Bevölkerung Hilfe zu leisten. In manchen Dorfern constatirte der Autor bis 84% Syphilitiker. A. Grünfeld.

Kjellberg, J. Einige statistische Studien über die venerischen Krankheiten in Schweden. Hygiea, Juli 1895.

Kjellberg hat aus den Berichten des Medicinalcollegiums in Schweden fur die Jahre 1822—1892 die Anzahl der in den Krankenhäusern behandelten Falle von venerischen Krankheiten zusammengestellt. Er zeigt, wie unvollständig diese Angaben sind; bis zum Jahre 1871 hat man die verschiedenen venerischen Krankheiten nicht voneinander getrennt; von da an sind sie zwar voneinander getrennt worden, doch ist dieses nur unvollstandig geschehen; ausserdem ist es schwer, uber die Anzahl der Rückfälle Aufschluss zu erhalten; auch pseudovenerische Krankheiten sind bisweilen unter die venerischen aufgenommen. Ungeachtet des, dass das statistische Material also nicht gut ist, glaubt der Verfasser aus den Angaben, im Grossen und Ganzen genommen, doch Schlusse über das Vorkommen der venerischen Krankheiten in Schweden ziehen zu können. Er unterscheidet zwischen den Fällen, die in den Krankenhäusern der zwei grössten Städte Schwedens, Stockholm und Gothenburg, und denjenigen, die in den Krankenhausern der Provinzstädte behandelt worden sind. Es scheint aus ihnen hervorzugehen, dass die Frequenz der venerischen Krankheiten abgenommen hat, dieses jedoch weniger in Stockholm und in Gothenburg, als in den übrigen Theilen des Landes. Auf 1000 der Bewohner des Landes und der Provinzstädte berechnet, ist die Anzahl der in den Krankenhäusern behandelten Falle von venerischen Krankheiten ziemlich regelmässig von 11·2 (1822) bis auf 0·3 (1892) gesunken. Steigerungen sind zwar vorgekommen; (so z. B. im Jahre 1869 auf 10·1.) Der Verfasser glaubt die Ursache solcher Steigerungen in Misswuchs und schlechten ökonomischen Zeiten zu finden, in denen die Krankheiten sich mehr ausbreiten; doch lässt sich dieser Schluss nicht mit voller Sicherheit ziehen, da in schlechten Jahren, in denen der Arbeitsverdienst gering ist, ein grösseres Procent der venerischen Kranken sich in die Krankenhauser aufnehmen lasst, wo sie unentgeltliche Pflege erhalten, als in guten Jahren, in denen sie einen besseren Arbeitsverdienst haben. In Gothenburg, vor Allem aber in Stockholm, zeigt die Anzahl der in den Krankenhäusern behandelten Fälle von venerischen Krankheiten grosse Schwankungen, ohne dass man dafür eine völlig befriedigende Erklärung zu geben vermag. — Als ziemlich sicher erscheint es dem Verfasser, dass die Syphilis abgenommen hat. Das Mittel der Anzahl der Tage, welche venerische Kranke in den Krankenhäusern gepflegt worden sind, ist von 56·7 in den Jahren 1851—60 auf 31·2 im Jahre 1892 herabgegangen. Der Verfasser hebt hervor, dass, nach dieser Statistik zu schliessen, die venerischen Krankheiten im Grossen und Ganzen auf dem Lande allmählich an Boden verloren haben und mehr auf die grösseren Städte beschränkt worden sind. E. Welander.

Aldershot. The sanitary and social conditions. The Lancet 30. März 1895.

In einem Bericht über das Truppenlager zu Aldershot wird darauf hingewiesen, dass vielfach die Frauen der zum Dienst in das Ausland geschickten Soldaten zur Prostitution getrieben werden. Bei ihrer grossen Armuth sinken sie bald auf die tiefste Stufe gefallener Frauen. Theilweise schlafen sie unter freiem Himmel und oft werden Vergehen gegen die Sittlichkeit unter dem Schutz von Bäumen, Dämmen, Ginster etc. begangen. Es gibt kein Gesetz, um das Betragen dieser Frauen zu regeln, sie in Behandlung zu bringen, wenn sie krank sind, sie Reinlichkeit zu lehren und sie in Berührung mit jenen Einrichtungen zu bringen, die ihnen zu einem besseren Leben verhelfen würden. In Folge dessen sind Syphilis und andere ansteckende Krankheiten vorwiegend in Aldershot. Wenn alle Arten venerischer Krankheiten für Grossbritannien zusammengerechnet werden, so beträgt die Gesammtaufnahme pro mille 194·6 und das Verhältniss der beständig verpflegten Kranken 16·68 für das Jahr 1893. Vergleicht man dies mit dem Durchschnitt der letzten 7 Jahre, so ergibt sich eine Abnahme in den früheren Jahren von 29·0 und im letzten von 0·79. Im Verhältniss zum vergangenen Jahre beträgt die Abnahme bei den Aufnahmen 6·6 pro mille, während in Aldershot statt einer Abnahme eine Zunahme von 36·9 pro mille zu verzeichnen ist. - Wenn man die Ziffern der letzten wenigen Jahre nimmt, während deren die „Contagious Diseases Acts" in Kraft waren, so findet man das Verhältniss der Aufnahmen wegen venerischer Krankheiten 1878 zu 136·36 1879 zu 163·35; 1880 zu 197·78; 1881 zu 211·58 und 1882 zu 261·13 pro mille. Wie weit dieses offenbare Anwachsen der Zahlen einer weniger strengen Anwendung des Gesetzes zuzuschreiben ist, besonders zu einer Zeit, als man damit umging es abzuschaffen, oder dem Eintreffen einer besonders grossen Zahl von Recruten, ist schwer festzustellen. Die neuen Zahlen waren schwer zu erlangen und scheinen eher niedriger zu sein. Unter dem Capitel „Venerische Krankheiten" war das Verhältniss der letzten drei Jahre 252·3; 210·3 und 156·6 pro mille. Aber diese Zahlen schliessen nicht Geschwüre des Penis und Balanitis mit ein. Nimmt man diese dazu, so steigen die Zahlen auf 260·03; 221·3 und 189·8 für die Jahre 1890—1891, 1891—1892 und 1892—1893. Da 1893 ein Ansteigen von 36·9 zu verzeichnen hat, so würde die Zahl für dieses Jahr 226·7 pro mille betragen. — Betrachtet man die grossen Schwankungen, die stets bei solchen Krankheiten stattfinden, so sieht man, dass man keinen deutlichen Unterschied im Vorwiegen venerischer Erkrankungen vor und nach der Abschaffung der Contagious Diseases Acts feststellen kann Man muss aber dabei berücksichtigen, dass bei diesen Zahlen Gonorrhoe eingeschlossen ist, für deren Eindämmung jenes Gesetz nichts helfen konnte. Die Nützlichkeit solcher Gesetzgebung wird am besten festgestellt, wenn das Vorherrschen secundärer Syphilis studirt wird, bei der ja ein Irrthum ausgeschlossen ist. So war z. B. 1893 in Grossbritannien das Verhältnis der ins Hospital wegen secundärer Syphilis Aufgenommenen 31·8 pro mille, die Zahl der beständig Kranken 3·31 pro mille. Die Zahlen für England und Wales waren höher, nämlich 37·4 und 3·74 und der

Durchschnitt der letzten 7 Jahre in England und Wales war 39·5 und 3·66. Nimmt man anderseits die Insel Malta, wo eine Contagious Diseases Act in Kraft ist, so betrug die Zahl der wegen secundärer Syphilis Aufgenommenen 1893 13·3 pro mille und die Zahl der beständig Kranken nur 1·69. Der Durchschnitt auf Malta von 1886—1892 beträgt 14·6 pro mille et anno und die Zahl der beständig Kranken 1·42. Oder in runden Zahlen: auf 8 an secundärer Syphilis leidende Soldaten von Grossbritannien, wo keine Contagious Diseases Act in Kraft ist, kommt nur 1 kranker Soldat auf Malta, wo ein solches Gesetz zu Recht besteht. Zieht man alle Arten venerischer Krankheiten in Rechnung, so bietet die Statistik für Malta nicht den gleichen, überraschenden Unterschied, aber sie ist immerhin günstiger als die Berichte daheim. 1893 betrugen die Aufnahmen in Grossbritannien 194 und die Zahl der beständig Kranken 16·38, während sie für Malta 122·3 und 10·56 lauten. Von 1886—1892 betrug der Durchschnitt der Aufnahme wegen aller Art venerischer Krankheiten 91·6 und der beständig Kranken 7·39 pro mille. Im Grossen und Ganzen spielen bei diesen Verhältnissen auch die socialen Zustände eine erhebliche Rolle, und diese haben sich in der britischen Armee glücklicherweise gebessert. Es sind allmählig immer bessere und intelligentere Elemente in das Heer eingetreten, in Folge dessen sind die Mannschaften auch mässiger und sauberer. Zugleich hat man bei den neuen Baulichkeiten dafur gesorgt, dass die Soldaten das Bedurfniss personlicher Sauberkeit leichter befriedigen können. Dadurch sind die ublen Folgen der Aufhebung der Contagious Diseases Acts theilweise abgewendet worden. Die Zustände wurden sonst noch weit schlechter sein. Immerhin sind sie schlimm genug, da sich von 4 Soldaten in Aldershot einer jährlich inficirt. Dies bedeutet aber nicht nur eine Reduction in der Schlagfertigkeit der Armee, sondern zeigt auch, dass die venerischen Krankheiten unter der Civilbevölkerung sehr stark auftreten. **Sternthal.**

The health of the navy in 1893. The Lancet 19. Jan. 1895.

Lancet bringt einen kurzen Auszug aus dem Bericht über den Gesundheitszustand der englischen Flotte im Jahre 1893. Aus demselben ist erwähnenswerth, dass die constitutionelle Syphilis im Jahre 1893 im Vergleich zu den letzten 6 Jahren ein Anwachsen zeigt. Unter den Ursachen, die in der Flotte die Mannschaften vorübergehend dienstunfahig machen, nehmen die venerischen Krankheiten gewohnheitsmässig einen Hauptrang ein. Bei 60.120 Officieren und Mannschaften traten 1893 in 9321 Fällen venerische Erkrankungen auf; davon waren 3106 primäre Syphilis, 1593 secundäre Syphilis, 4622 Gonorrhoe und deren Folgen Die Zahl der Invaliden in Folge dieser Krankheiten war 193 und es traten 5 Todesfälle ein. Der Verlust, den die Nation an der Zahl der Seeleute erleidet, und der Zeitverlust während der Dienstunfahigkeit, ganz abgesehen von den unmittelbaren und ferneren Folgen derartiger Krankheiten, gibt Stoff zu ernsten Erwägungen. **Sternthal.**

The report of the Sanitary Commissioner to the Governement of India for 1893. The Lancet 30. März 1895.

Aus dem Bericht sei die Bemerkung hervorgehoben, dass die europäische Armee in Britisch-Indien, die 1893 aus 70.000 Mann bestand, in diesem Jahre 32.663 Erkrankungen an venerischen Krankheiten hatte d. i. 466 pro mille gegen 410 pro mille 1892. Die venerischen Krankheiten betrugen 33% aller Krankheiten überhaupt. Sternthal.

Wwedensky, A. A. Ueber die Erkrankungen der Prostituirten auf der Messe zu Nischni-Nowgorod, zusammengestellt nach den Daten des dortigen Frauen-Spitals. S.-A. aus Westnik Obrschtschestwennoj Gigieny, Sudebinoy i Praktitscheskoj Medizini. Bd. XXVI. 1895. Russisch.

Wwedensky schildert den wirklich traurigen Zustand der kranken Prostituirten in dem sehr engen Raume des Frauen-Spitals zu Nischni-Nowgorod, woselbst die Betten stets mit der doppelten Menge von Kranken überfüllt waren. Aus dem Berichte ist weiter zu entnehmen, wie kolossal gross der Unterschied ist in der Zahl der venerisch erkrankten Prostituirten, falls dieselben von einem Specialarzte untersucht werden und macht darauf aufmerksam, dass die Controle über die Prostituirten stets nur Fachmännern überlassen werden darf. Die Zahl der Syphilitischen in den letzten 4 Jahren betrug 403 (im Jahre 1891 5·76%, 1892 12·12%, 1893 13·43%, 1894 9·96%). An weichen Schanker litten durchschnittlich 2—5%. An Gonorrhoe schliesslich 7·25—9·84%. Berichte über die Untersuchungen der Prostituirten sind von den Frauen-Aerztinen Eltzina und Cholewinskaja publicirt und in diesem Archive referirt. A. Grünfeld.

Eltzina, Mme Z. — La prostitution à la foire de Nijni-Novgorod et sa réglementation. — Gazette Hebdomadaire de Med. et de Chir. 1894. Nr. 35.

Mme. Eltzina berichtet über die Erfahrungen, die sie als Mitglied einer Commision zur Ueberwachung der Prostitution während der Messen in Nischni-Nowgorod, dem bedeutendsten Markte Russlands, gesammelt hat. Durch den grossen Fremdenverkehr und das massenhafte Zuströmen von Prostituirten bilden diese Märkte gewissermassen ein Infectionscentrum für ganz Russland. — Die Controlmassregeln beginnen damit, dass die zugereisten Prostituirten ihren Pass bei der Polizei abgeben und sich darauf der Sanitätsbehörde vorstellen. Sie erhalten hier eine Karte, die mit ihrem Namen, einer laufenden Nummer und mit ihrer Photographie versehen ist. Der Stempel gibt das Datum des Untersuchungstages an, der auch in ein Register eingetragen wird. Falls die Untersuchte sich als krank erweist, wird die Diagnose lateinisch auf der Karte vermerkt und die Inhaberin sofort in das nahe gelegene Krankenhaus überführt, wo sie kostenlos behandelt wird. Für die Uebrigen erfolgt zweimal wöchentlich eine gründliche Untersuchung in einem geräumigen, mit ausreichenden Nebenzimmern versehenen Local. Die Anwendung des Speculums ist hierbei obligatorisch für alle neu Eingeschriebenen und für alle syphilitisch Erkrankten. Bei den übrigen erfolgt sie einmal wöchentlich. — Da die früher übliche Untersuchung eines Theils der Prostituirten in ihrer Wohnung sich wegen der oft

mangelhaften Licht- und Raumverhältnisse als unzureichend erwiesen hat, haben sich neuerdings alle ohne Ausnahme in dem Controllocal vorzustellen. Die Untersuchung erfolgt zweimal wöchentlich und wird principiell auf den ganzen Körper ausgedehnt. — Schlussfolgerungen: 1. Jeder normal lebende Mensch hat ein absolutes Recht auf Freiheit. 2. Wer nicht normal lebt, und, mit oder ohne Absicht, die Gesundheit seines Nächsten zu schädigen beginnt, muss wie ein schwaches oder unzurechnungsfähiges Wesen überwacht werden. Dieser Fall liegt vor bei den Prostituirten und denjenigen ihrer männlichen Besucher, die krank sind. Daraus folgt: 3. Die Nothwendigkeit einer Ueberwachung der Prostituirten und ihrer Besucher. — 4. Die Abschaffung der obligatorischen Controle befördert die Ausbreitung der Syphilis. — Ferner: Die Untersuchung ist ausschliesslich durch Syphilidologen, am besten durch weibliche Aerzte, auszuführen. Die richtige Technik der Untersuchung ist wichtiger als ihre Häufigkeit. Polizeiliche Intervention ist möglichst zu vermeiden. Die Besucher sollten sich stets die Karte vorzeigen lassen. Günsburg.

Cholewinskaja, M. M. Bericht über die Besichtigung der Prostituirten auf dem Samokater Beobachtungspuncte der Messe zu Nischni-Nowgorod pro 1893. Wratsch, 1894, Nr. 17, p. 487—491. Russisch.

Die Zahl der während der Messe beobachteten Prostituirten (vom 15. Juli bis zum 8. September) beträgt nach Cholewinskaja 805. Von diesen wurden als Kranke erkannt 260. In Procentzahlen ausgesprochen, litten an Syphilis 14.78%, an Ulcus molle 5.83%, an Gonorrhoe 6.58% und an anderen Erkrankungen 9.81%. — Der Bericht illustrirt zugleich, wie mangelhaft noch die Beobachtung der Prostituirten auf der Weltmesse ist, da dieselben nicht rechtzeitig zur Beobachtung gelangen, sondern erst nach 2 bis 3wöchentlicher Thätigkeit. — Die Folgen für die aus allen Theilen der Welt herkommenden Kaufleute sind zu klar. A. Grünfeld.

Cholewinskaja, M. M. Bericht über die Untersuchung der Prostituirten auf dem Samokater Beobachtungspunkte während der Messe zu Nischni-Nowgorod im Jahre 1894. Wratsch 1895, Nr. 16. und 17, p. 438—439 und 471 474. Russisch.

Der Bericht von Cholewinskaja hat mehr inländisches Interesse und ist aus demselben zu ersehen, wie mangelhaft die Beobachtung von Seiten der Behörde geführt wird. Cholewinskaja proponirt daher rechtzeitig Massnahmen zu ergreifen und die Beobachtung in die Hände des Medicinal-Departements zu übergeben, welches schon in diesem (1895) Jahre seine Thätigkeit beginnen soll, da im Jahre 1896 die grosse russische Ausstellung in Nischni-Nowgorod stattfinden wird.

A. Grünfeld.

Rasch. Ueber das Klima und die Krankheiten im Königreich Siam. Virchows Archiv Bd. 140. Heft 2. 1895.

Nach einer längeren Einleitung, in der Rasch sich mit der Schilderung des Landes und der Lebensweise der Einwohner, dann mit den klimatischen Verhältnissen befasst und viele, sehr interessante Mit-

theilungen macht, kommt er zu den im Königreich Siam herrschenden Krankheiten. Unter den Infectionskrankheiten interessirt uns zunächst das, was er über die Syphilis und Lepra erzählt. Vorausschicken möchte ich noch seine Bemerkung, dass die Polygamie in Siam in vollster Blüthe steht. Die Verbreitung der venerischen Krankheiten ist eine sehr grosse; nach R.'s Erfahrungen kommen auf 100 Kranke Siamesen 33—37 venerisch Erkrankte. Wie lange die Lues im Lande herrscht, ist nicht zu eruiren; ihr Verlauf ist klinisch etwas anders als bei uns. Der Primäraffect stellt sich auffallend schnell (am 4.—5. Tage p. c.) fast ausnahmslos in der Form eines phagedänischen Schankers ein, der zunächst eine grosse Neigung zur Ausbreitung in die Tiefe zeigt, aber nach gründlicher Reinigung des Geschwürs (ev. mit dem scharfen Löffel) und unter Jodoformbehandlung schnell heilt. Auffallend schnell treten auch die secundärsyphilitischen Symptome auf, denen stets das Zwischenstadium der Bubonen vorausgeht. 8—14 Tage nach dem Erscheinen des Primäraffectes schwellen die Inguinaldrüsen an, werden schmerzhaft, und es kommt in den meisten Fällen zur Vereiterung, in anderen bilden sich die starken Entzündungserscheinungen zurück und es kommt zu einer Induration. Während des Bestehens der Bubonen kommen bereits Allgemeinerscheinungen — allgemeine Drüsenschwellung, Roseola und vor Allem sehr ausgeprägte Gelenkschmerzen — zum Ausbruch. Die letzteren bestehen oft mit Exacerbationen und Remissionen während mehrerer Jahre weiter. Anfänglich ist ausser starker Schmerzhaftigkeit in den Gelenken — bes. Knie- und Fussgelenke werden befallen und zwar fast stets symmetrisch, — nichts nachweisbar; später treten dann oft Schwellung, Röthung und Exsudationen auf. Die Schmerzen sind in kühlen Morgenstunden am stärksten. Die Drüsenschwellung besteht nicht in einer indolenten Schwellung, sondern die Drüsen sind acut intumescirt und fühlen sich eher weich als hart an. Zu den Gelenkschmerzen gesellen sich dann die Knochenaffectionen — diffuse Schmerzen in den Knochen bes. im Sternum, Tibia und Ulna. Dazu stellt sich in den meisten Fällen eine specifische Bronchitis ein, die auf Darreichung von Jodkalium verschwindet. Sehr schnell — schon im Verlaufe von 2 Monaten — kommt es bei ungenügender Behandlung zu schwerer Kachexie, die allerdings durch den Gebrauch von Jodkalium schnell wieder gehoben wird. Hautsyphilide sind sehr viel seltener las in Europa; sehr selten sah der Verf. Lues des Centralnervensystems. Was die Behandlung anlangt, so erwähnt R. nur das Jodkalium, das eine sehr glänzende, viel energischere Wirksamkeit zeigt als in Europa und viel besser vertragen wird. R. fasst seine Ansichten über die Syphilis in den Tropen in folgende 3 Sätze zusammen: 1. Das syphilitische Virus schafft sich schneller eine Eingangspforte und dringt schneller in den Körper ein. 2. Die Allgemeininfection kommt in viel kürzerer Zeit zustande als in Europa. 3. Der Verlauf der Erkrankung ist stets ein viel acuterer als in Europa.

Lasch.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Merget, A. Mercure. Action physiologique, toxique et thérapeutique. Bordeaux et Paris. 1894. 402 Seiten.

Besprochen von Prof. J. Jadassohn in Bern.

Ich glaube die Verpflichtung zu haben, auch jetzt noch — trotzdem schon über 2 Jahre seit dem Erscheinen verflossen sind — die Fachkollegen auf ein Buch aufmerksam zu machen, das unser Interesse in hohem Grade verdient. Der Verf. ist vor der Drucklegung des Werkes gestorben; Bordier und Cassaët haben die Herausgabe besorgt. Von den Bestrebungen Merget's, die Syphilis durch Quecksilber in Dampfform zu behandeln, ist in diesem Archiv einmal (Bd. XXXI p. 302) kurz berichtet worden. Es ist aber bei dem praktischen und theoretischen Interesse, das diese Frage besonders auch durch die Bestrebungen Welander's die „Ueberstreichungsbehandlung" einzuführen gewonnen hat, nothwendig die monographische Bearbeitung, welche Merget der Wirkung des Mercur, besonders des dampfförmigen auf Grund zahlreicher, eigener Untersuchungen und eingehender historischer Studien gewidmet hat, Jedem, der sich auf diesem Gebiete genauer orientiren oder selbst bethätigen will, dringend zu empfehlen.

Es ist nicht möglich, im Rahmen dieser Besprechung auch nur einen kleinen Theil des thatsächlichen Materials wiederzugeben, das der Verf. verwerthet hat.

Nur das Wichtigste sei kurz hervorgehoben: Die grosse Fähigkeit des Hg zu Diffussion durch gasförmige wie durch flüssige Medien wird eingehend studirt; für den Nachweis der Hg-Dämpfe in Spuren wird der Gebrauch von „reactiven Papieren" speciell mit ammoniakalischer Argentum-nitricum-Lösung; zur Auffindung des Hg in Flüssigkeiten und Geweben die Zerstörung der organischen Substanzen mit heisser Salpetersäure, Präcipitirung auf Kupfer, Nachweis mittels des „empfindlichen Papiers" empfohlen. (Alle Details siehe im Original.) Die toxische Wirkung reiner Hg-Dämpfe bei niedrigerer Temperatur, als die der Versuchsthiere es ist, wird an verschiedenen Thiergattungen experimentell erwiesen; sie findet ausschliesslich durch die Respirationswege statt; continuirliche Einathmung mit Hg-Dämpfen gesättigter Luft tödtet die Thiere

sicher und zwar um so schneller, je kleiner sie sind; dem Tode gehen nur nervöse Symptome vorher; die anderen Organe bleiben bei dieser Art Intoxication vollständig frei, trotzdem Hg in ihnen allen und zwar in sehr verschiedener Menge — am meisten in den Nieren, dann in Leber, Lungen, Gehirn etc. — nachzuweisen ist; die Nervenerscheinungen machen sich bei den höheren Thieren sehr spät und langsam geltend; sie heilen, wenn man die Hg-Dämpfe fortlässt. Nicht mit Hg gesättigte Luft ist nicht toxisch; ebensowenig tritt die toxische Wirkung ein, wenn die Hg-Dämpfe nur discontinuirlich zugeführt werden.

Dagegen wirken diese bei höherer Temperatur und der Staub des Metalles oder seiner Verbindungen, indem sie zu einer acuten Intoxication (mit Stomatitis, Lungen- und Darmerscheinungen etc.) führen; die Bedeutung dieser Erfahrungen für die Hygiene der mit Hg beschäftigten Arbeiter liegt auf der Hand.

Die Hg-Dämpfe dringen nach M e r g e t — entgegen der vielfach vertretenen Anschauung, dass sie sich zunächst in Sublimat etc. umwandeln — mechanisch durch das Lungenepithel in das Blut und mit diesem in alle Theile des Körpers, ohne dass sie ihren „metallischen Zustand" verlieren. In dieser Form, „en nature" wirkt das Hg auch auf die Syphilis. Die Einreibungen führen, wie M. durch eigene Experimente zeigt, nur durch die Respiration zur Resorption des Hg; gesunde Haut wird vom Hg weder in unverändertem Zustande noch nach irgendwelcher Modification durchdrungen. Auf Grund dieser Anschauung schlägt der Verf. vor, die Frictionen aufzugeben und statt deren die Einathmung von Hg-Dämpfen einzuführen. Er benützt Flanell, den er zuerst in saures Hg-Nitrat und dann in Ammoniakwasser eintaucht — das Hg ist auf diesen Flanellen sehr fein vertheilt; man lässt dieselben in der Nacht um den Hals tragen oder fixirt sie unter der Leinwand des Kopfkissens; von der Wirksamkeit dieser Methode hat sich nicht nur der Verf. selbst, sondern auch R i v i è r e und F r é z o u l s überzeugt; dieselbe bringt nie Stomatitis oder Salivation hervor — eine Thatsache, die um so auffallender ist, als M e r g e t bei sich selbst über 3 Monate hindurch bei Anwendung dieser Methode (zum Theil Tag und Nacht) die tägliche Ausscheidung von 6—9 Mgr. Hg (in Urin und Faeces) constatirt hat; nur wenn die Hg-Dämpfe bei höherer Temperatur (z. B. in der Achselhöhle) entwickelt

werden, kommt eine Stomatitis zu Stande. Die Hg-Präparate, welche per os oder subcutan in grossen Dosen eingeführt werden, wirken alle dadurch, dass sie in Hg reducirt werden; die localen Reizwirkungen der Hg-Präparate führt M. auf die Säuren zurück, welche mit ihnen verbunden sind oder welche durch ihre Reduction frei werden; ihre Allgemeinwirkungen beruhen auf der Absorption der Chloralbuminate oder der der „Oxydalbuminates hydrargyro-alcalins“, welche das Haemoglobin frei machen.

In schwachen Dosen und lange Zeit angewendet bringen die Mercurpräparate nervöse Symptome speciell das Hg Zittern hervor — dieser chronische Mercurialismus ist dem „professionellen“ ganz gleich. Schliesslich betont Merget auf Grund seiner literarischen Studien und speciell gestützt auf die bekannten Kussmaul'schen Angaben, dass die Mercurialisirung durch Hg-Dämpfe (aber nur diese!) vor Syphilis-Infection schützt. (Er drückt sich in dieser Beziehung allerdings wesentlich zuversichtlicher aus, als Kussmaul, welcher ausdrücklich nur eine „beschränkte Immunität der Quecksilberarbeiter, falls sie mercurialisirt sind“, annahm.)

Aus diesen kurzen Bemerkungen geht wohl zur Genüge hervor, wie viel Belehrung und Stoff — auch zu Nachuntersuchungen der neuen Anschauungen des Verfassers, deren Kritik hier nicht versucht werden sollte — in dem sehr anregend geschriebenen Buche zu finden ist.

Berdal, Henri. Traité pratique des maladies vénériennes. Paris. A. Malovine. 1897. 679 Seiten.

Besprochen von Prof. J. Jadassohn in Bern.

Ein neues Lehrbuch bedarf immer in einem gewissen Umfang der Entschuldigung: denn wenn schon ältere vorhanden sind, die gutes leisten, wozu ein neues schreiben? In seinem empfehlenden Vorworte zu dem Buche Berdal's gibt Tenneson als Grund für die Abfassung des neuen Werkes an: Die Wissenschaft marschirt so schnell, dass die neuesten Bücher schon nicht mehr auf der Höhe stehen. Das Buch Berdal's ist nun in der That ganz modern, und zwar im besten Sinne des Wortes; denn es vernachlässigt das Altbewährte nicht, aber es bringt alles Wesentliche, was in den letzten Jahren auf dem Gebiete der venerischen Krankheiten geleistet worden ist und es betont doch diese neuen Er-

rungenschaften nicht in so ungerechter unhistorischer Weise, wie das manchmal grade in Büchern junger Autoren zu finden ist.

In dem vorliegenden Bande — ein zweiter über Syphilis soll folgen — werden die Gonorrhoe, die „venerischen nicht syphilitischen Ulcerationen der Genitalien" und die „paravenerischen Affectionen" behandelt. Auf die klinische Darstellung und auf die Therapie wird das Hauptgewicht gelegt; sowohl die Symptome der einzelnen Affectionen, wie die Differentialdiagnose werden in sehr detaillirter Weise erörtert; in dieser Art der klinischen Kleinmalerei excelliren ja gerade unsere französischen Collegen; sie legen mit Recht grossen Werth auf die Schilderung auch der scheinbar unwesentlichen Dinge, welche gewiss dem Erfahrenen oft überflüssig erscheint, es aber für den Lernenden ganz und gar nicht ist. Dabei schützt auch in dem Berdal'schen Buche die übersichtliche Disposition und die Recapitulation des Wesentlichen in Form von Thesen den Leser davor, dass er über dem Detail die grösseren Gesichtspunkte vergisst. Besonders in der Therapie kann ein Lehrbuch kaum zu eingehend sein — wenn man sieht, wie oft aus an sich vortrefflichen Vorschriften in der Hand des Nicht-Erfahrenen (freilich auch leider allzuoft des Nicht-Denkenden) etwas Unnützes, ja Schädliches wird, wird man die bei der Lectüre wohl etwas ermüdende Breite in der Darstellung der Therapie im Interesse der Lernenden und der Leidenden dankbar begrüssen. Die Darstellung ist überall klar, die beigegebenen Abbildungen zwar nicht sehr zahlreich, aber doch zur Illustration der praktisch wichtigsten Dinge ausreichend, wenngleich die Ausführung nur mässigen Ansprüchen genügt.

Was den Inhalt des Werkes selbst angeht, so ist derselbe m. E. ein erfreuliches Zeichen dafür, wie sehr durch die Zunahme des internationalen wissenschaftlichen Verkehrs die Differenzen der „Schulen" abgenommen haben. Die Gonorrhoe wird vom streng bakteriologischen Standpunkte aus abgehandelt; auch die des Weibes und die des Auges, welche sonst in den Büchern der Syphilidologen meist zu kurz kommen, werden eingehend geschildert; der Rheumatismus wird ausführlich, die „seltenen Complicationen" entsprechend ihrer geringeren praktischen Bedeutung ganz kurz abgehandelt.

Unter den nicht-syphilitischen venerischen Ulcerationen nimmt die erste Stelle natürlich das Ulcus molle ein. Der Verfasser er-

kennt den Ducrey'schen Bacillus an und bespricht die Methoden seines Nachweises, dem er eine grosse praktische Bedeutung zuerkennt; die Darstellung der Varietäten des weichen Schankers und seine Differentialdiagnose ist sehr gut gelungen. Bei den Bubonen sind die neueren Arbeiten, welche die Bedeutung der Mischinfection mit pyogenen Mikroorganismen so sehr herabgemindert haben, noch nicht berücksichtigt. Ein eigenes Capitel, dessen Ausführlichkeit durch das Interesse des Vaters für sein Kind entschuldigt ist, wird der „Balanoposthite érosive circinée" gewidmet, die Berdal im Verein mit Bataille beschrieben und als eigene specifische Infectionskrankheit aufgefasst hat (cf. dieses Archiv 1890 p. 668). Die diesem Capitel beigegebenen Abbildungen illustriren die Resultate, welche mit der Inoculation dieser Affection in Serien erzielt worden sind, in sehr anschaulicher Weise; die Affection, deren klinische Eigenart der Ref. ohne Weiteres zugeben möchte, scheint in Paris häufiger zu sein, als in Deutschland. Für weniger scharf charakterisirt halte ich die „Balanite pustulo-ulcéreuse" Du Castel's.

Unter dem Namen der „paravenerischen Affectionen" fasst Berdal den Herpes genitalis, die Vegetationen Phimose und Paraphimose, Phthiriasis und Scabies zusammen. Es ist gewiss richtig, dass eine Darstellung dieser Krankheiten in einem Lehrbuch der Venereologie nicht fehlen darf. Ein sehr ausführliches „Formulaire" schliesst den ersten Theil des Werkes. Auch wo man von den Anschauungen Berdal's abweicht — und der Ref. gesteht, dass das in manchen Punkten bei ihm der Fall ist — muss man der unparteiischen Darstellung seine Anerkennung zollen. B. empfiehlt die abortive Methode der Gonorrhoe-Behandlung nur für die allerersten Stadien der Infection (mit ganz schwachen Lösungen von Kali hypermanganic.) und bricht eine Lanze für die classische „methodische Behandlung der Gonorrhoe"; er vermeidet die wirklich locale Therapie der acuten Gonorrhoe bei der Frau; er ätzt das Ulcus molle mit Chlorzink etc. etc. Da aber überall die verschiedenen Anschauungen ausführlich wiedergegeben sind, thun solche Abweichungen von dem, was uns als das empfehlenswertheste erscheint, dem Werthe des Buches keinerlei Eintrag. Dasselbe kann somit warm empfohlen werden.

Bergmann, Dr. Ad. von. **Die Lepra.** Deutsche Chirurgie. Lieferung 10^b. Stuttgart. Verlag von F. Enke 1897.

Angezeigt von Prof. Doutrelepont in Bonn.

Zu passender Zeit, in welcher die Leprafragen wieder lebhafter discutirt werden, neue Lepraherde auftauchen und immer mehr einzelne Leprafälle von Gegenden, wo der Aussatz endemisch vorkommt, importirt in Europa beobachtet werden, erscheint dieses Buch. In 112 Seiten gibt uns der Verfasser, ein erfahrener Lepraforscher und Direktor des Leprosoriums zu Riga, einen vollständigen Ueberblick über die einzelnen Fragen, welche sich auf Lepra beziehen.

Nach einem Literaturverzeichniss, welches die letzten 10 Jahre umfasst, hinsichtlich der älteren Arbeiten wird auf Leloir's Traité de la Lèpre verwiesen, gibt von Bergmann einen genauen Bericht über die Geschichte und die geographische Verbreitung der Lepra. Im 2. Capitel folgt die Aetiologie, wobei alle bezüglichen Ansichten genau, kurz und klar besprochen werden; besonders die Ansichten der Vertreter der Contagiosität und ihrer Gegner werden sorgfältig aufgezählt und erwogen, die Thatsachen, welche für oder gegen die einzelnen Ansichten aus der Literatur herangezogen werden können, scharf und klar gegenübergestellt, wobei der Autor selbst sich als Anhänger der Contagiositätslehre bekennt. Die Fälle, welche zur Entscheidung der Incubationszeit des Aussatzes dienen können, werden aufgeführt. Der Verfasser nimmt einen Primäraffect, welcher bald nach der Infection auftritt, dem aber nur nach mehreren Jahren die allgemeinen Symptome folgen, an und vergleicht dieses initiale Infiltrat der Lepra mit der Initialsklerose der Lues, gibt aber an, dass durch die Exstirpation desselben der Ausbruch der Allgemeinsymptome nicht zu verhindern ist, was direct dagegen spricht, dass die Entstehung der Lepra ein ausschliesslich localer Vorgang sei. In demselben Capitel werden die Prodrome der Krankheit ausführlich behandelt. Das 4. Capitel ist dem Leprabacillus und der pathologischen Anatomie gewidmet; die bis jetzt vergeblichen Züchtungsversuche und die negativen Resultate der Versuche die Lepra auf Thiere zu übertragen finden ihre Aufzählung und Beurtheilung. Bei der Besprechung der Verbreitung des Leprabacillus in den verschiedensten Organen erklärt

der Verf. die Erkrankung der Lungen und des Darmes bei Lepra für noch nicht sicher entschieden und behauptet, dass trotz regelmässiger Erkrankung der Nieren der Bacillus nicht aufzufinden ist. Dagegen möchte ich hervorheben, dass die Bacillen in den Nieren häufiger gefunden worden sind, dass die lepröse Erkrankung der Lungen auch von Hansen nach den Befunden von Dr. Lie und von uns zugegeben wird (cf. A. Hansen, Leprosy Medical Annual 1897) und dass in dem Falle, welchen ich mit Wolters beschrieben habe, nicht allein eine deutliche rein lepröse Erkrankung der Lungen und Nieren constatirt wurde, sondern zum ersten Male auch der Darm eine sichere Erkrankung an Lepra mit zahlreichen charakteristischen Leprabacillen aufwies (dieses Archiv Bd. 34, p. 55). In diesem Aufsatze finden sich auch die früheren Nachweise von Leprabacillen in Nieren und Lungen aufgeführt. Im 5. und 6. Cap. bespricht v. B. die Symptomatologie und den Verlauf der Lepra in ihren beiden Formen der Lepra tuberosa und Lepra nervorum. Das 7. Capitel handelt von der Diagnose und Differentialdiagnose, alle Erkrankungen, welche mit der Lepra verwechselt werden könnten, bespricht der Verf. eingehend und hebt klar die Differentialmomente hervor, gegenüber der Tuberculose, Lues, Erythema exsudativum, Herpes, Ekzem, Atrophia cutis und Pigmenterkrankungen. Auf das Verhältniss der Syringomyelie und der Morvan'schen Krankheit geht v. B. dann noch ausführlicher ein, da diese Krankheiten in letzter Zeit besonders von Zambaco zu der Lepra gerechnet werden, wogegen der Verf. sich entschieden ausspricht.

Im letzten Cap., welches die Therapie behandelt, wird gegen die Verbreitung der Krankheit hauptsächlich die Isolirung der Kranken empfohlen. v. B. schliesst, leider mit Recht, dieses Cap. mit der traurigen Erkenntniss, dass wir in der radicalen Heilung des Leidens es nicht weiter gebracht haben, wie früher, dass wir aber durch die Massnahmen unserer Therapie im Stande sind, die Leiden dieser wahrhaft Unglücklichen zu mildern.

Am Schlusse des Werkes folgen 7 schöne Tafeln, die erste gibt histologische Bilder der Lepra, die anderen 6 sind Reproductionen von guten Porträts leprös Erkrankter. Wir können dieses Buch nur recht warm dem Studium empfehlen.



1896

Neumann: Ein Fall von multiplen Dermatomyomen.

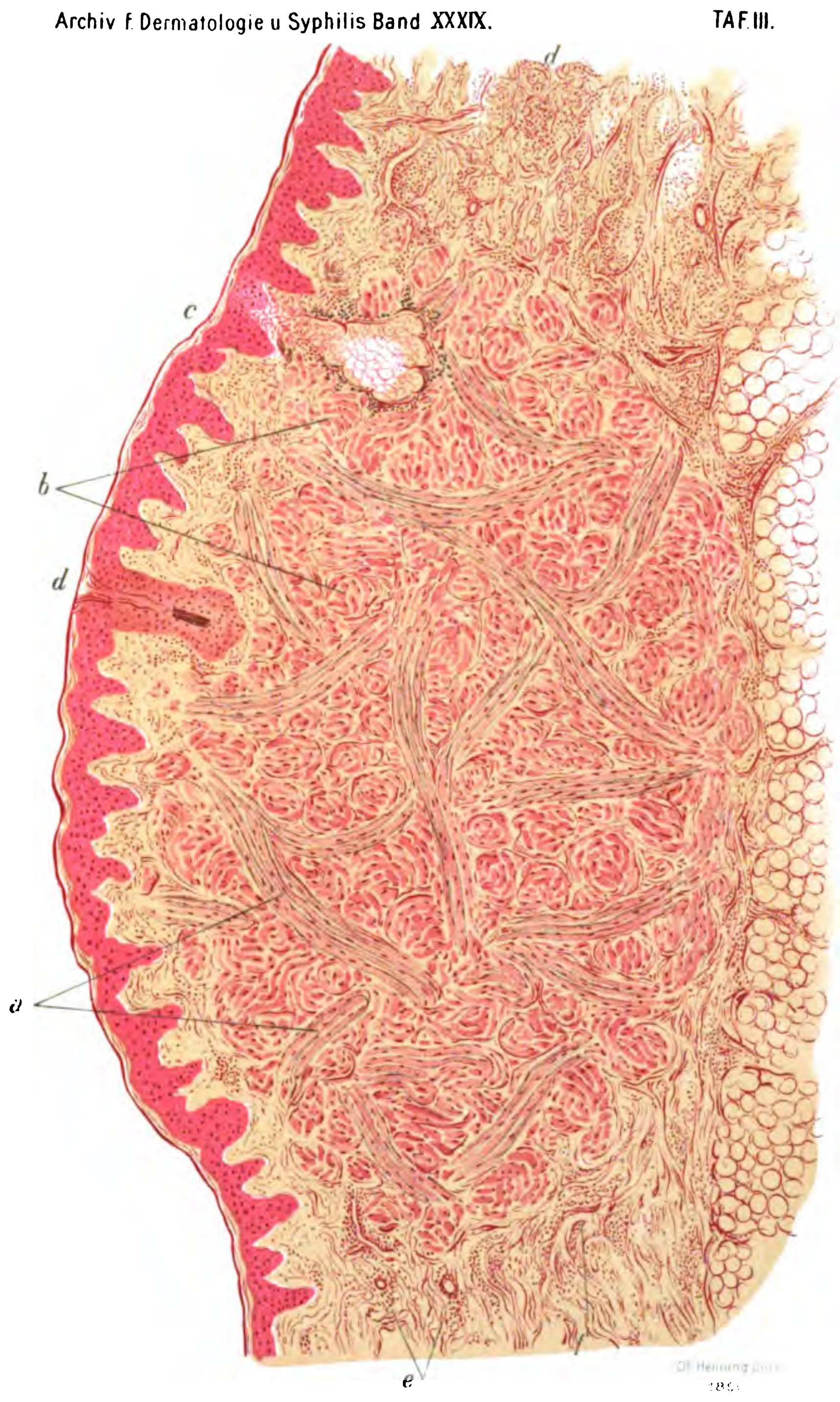
K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag



Dr. Henning pinx 1896

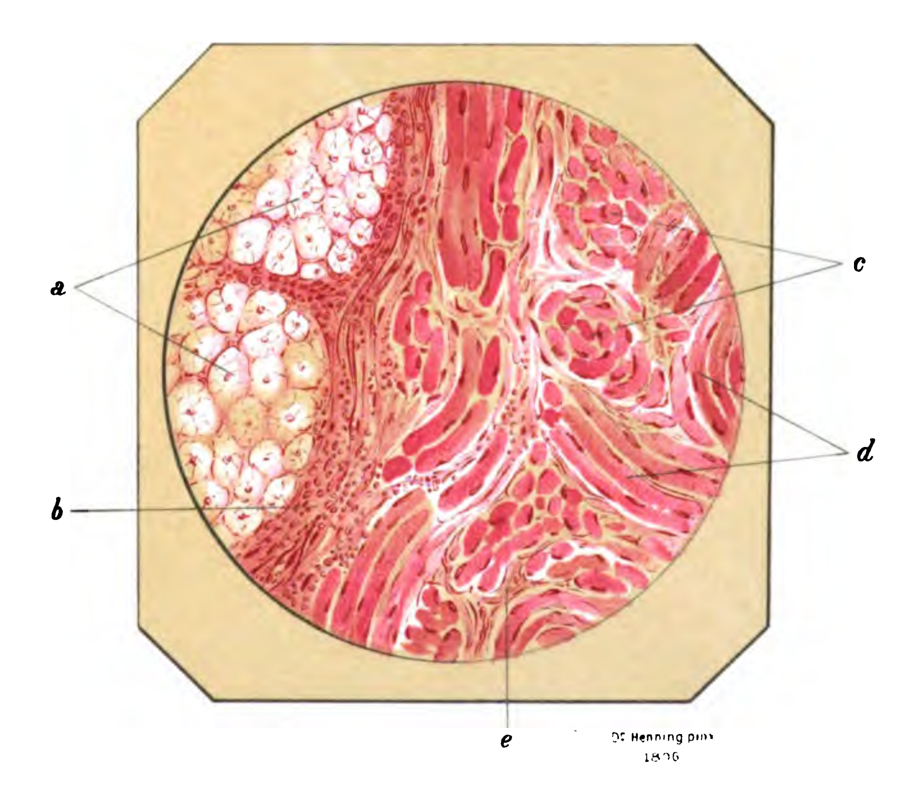
Neumann: Ein Fall von multiplen Dermatomyomen.

K u k Hoflith A Haase Prag.



Neumann: Ein Fall von multiplen Dermatomyomen.





Neumann: Ein Fall von multiplen Dermatomyomen.

K.u.k.Hoflith. A. Haase Prag.





Fig. 1.

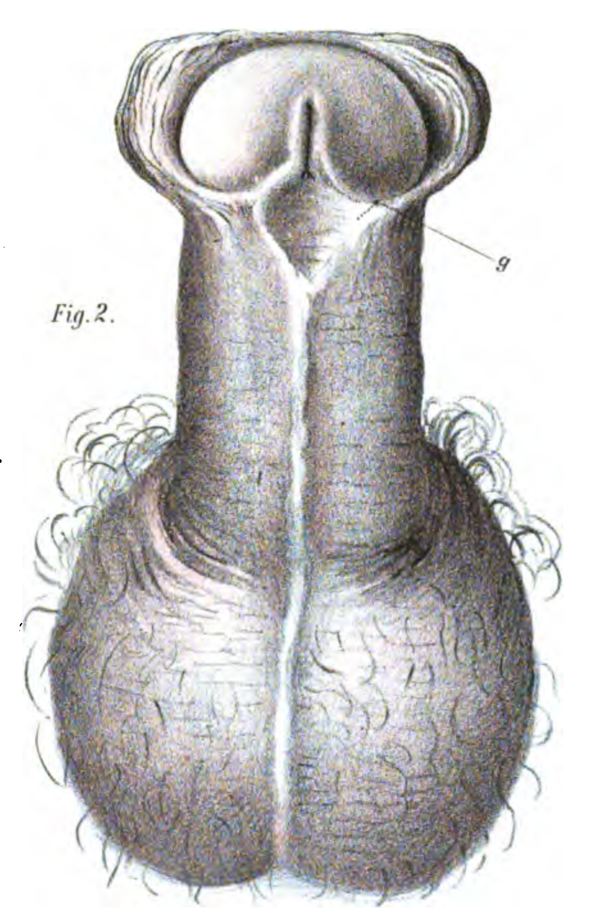


Fig. 2.

Peter Róna: Die Genese der paraurethralen Gänge etc.

K u. k Hoflith. A Haase Prag.



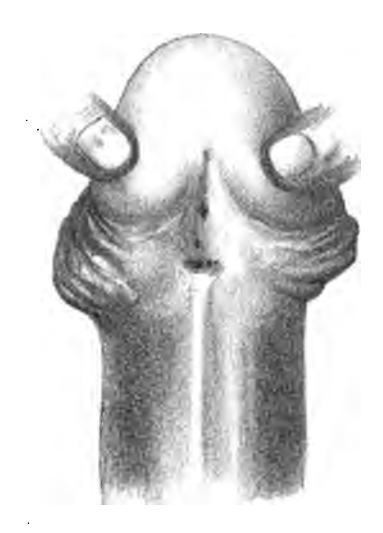


Fig. 3.

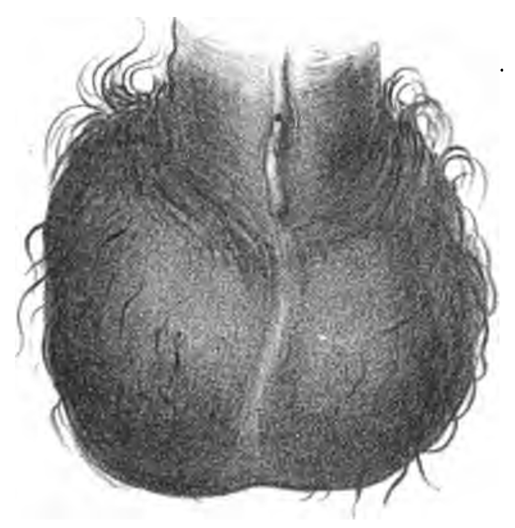


Fig. 4.

Peter Róna: Die Genese der paraurethralen Gänge etc.

K u k Hoflith. A. Haase Prag.



Originalabhandlungen.



Aus der königl. Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Doutrelepont zu Bonn.

Ueber locale Veränderungen nach intramusculärer Injection von Hydrargyrum salicylicum.

Von

Dr. **Max Wolters,**
Privatdocenten für Dermatologie, I. Assistenzarzt der kgl. dermatol. Universitätsklinik zu Bonn.

(Hierzu Taf. VII u. VIII.)

Durch den Tod eines, kurze Zeit in der Klinik wegen Syphilis behandelten Patienten bot sich mir Gelegenheit zu weiteren Studien über die Einwirkung intramuskulärer Injectionen von unlöslichen Quecksilbersalzen. Die Verhältnisse lagen in diesem zweiten Falle ungleich günstiger als in dem von mir beobachteten und in diesem Archiv Band XXII mitgetheilten ersten Falle. Der Patient war noch nicht vorher durch Injectionen behandelt worden; es wurden nur im Ganzen 6 Einspritzungen gemacht, und zwischen der letzten und der Zeit des Ablebens lagen nur 3 Monate. Die Injectionsherde kamen daher früher zur Untersuchung, lagen räumlich getrennt und waren nicht, wie im ersten Falle durch neue, in dieselbe Stelle gemachte Injectionen in ihrem Aussehen verändert. Kurz, es fanden sich die Herde isolirt in der Musculatur vor und boten das ungetrübte Bild der Veränderungen dar, wie sie nach 3 Monaten sich entwickelt hatten.

Auch in diesem Falle waren an der Leiche die Injectionsstellen, wenn auch nicht so drastisch wie im ersten Falle, durch kleine Knoten in der Tiefe markirt. Dieser Umstand verhalf mir Mangels stärkerer Veränderungen zur Auffindung der Herde.

Dass überhaupt die alten Injectionsstellen noch monatelang in der Tiefe als kleine rundliche Knoten und Resistenzen zu fühlen sind, habe ich in meiner ersten Mittheilung ausdrücklich erwähnt. Es ist dies auch in den Berichten über die Injectionstherapie, sowie in der anschliessenden Discussion in der französischen Gesellschaft für Dermatologie letzthin von verschiedenen Seiten bestätigt worden.

Dass subjective Beschwerden beim Auftreten derartiger Infiltrate ebenso wie ihre Grösse und die Zeit ihres Bestehens individuell variiren, und bis zum gewissen Grade mit der Anzahl der Injectionen im Verhältniss stehen, ist für mich zweifellos, ebenso wie, dass Infiltrate leichter bei Frauen, wohl wegen der stärkeren Adipositas, gefunden werden. Es darf daher nicht Wunder nehmen, wenn, wie in meinem ersten Falle, nach 62 Injectionen noch nach 1 Jahre Infiltrate zu fühlen waren.

Es ist meines Erachtens dieser Fall für die grosse Zahl der Injectionen in seinem Befunde als typisch anzusehen.

Aber auch nach einer geringeren Anzahl von Injectionen ist es sicherlich die Regel, dass sich nach 6—7 Monaten noch bei genauer Palpation vereinzelte Infiltrate durchfühlen lassen. Ich habe darauf in letzter Zeit noch ganz besonders geachtet. Kommen nun, wie in meinem ersten Falle im Laufe der Jahre immer neue Herde dazu, die, wie erwiesen, mit bindegewebiger Schwiele heilen, so ist es natürlich, dass sich Conglomerate von Infiltraten, Verhärtungen bilden, die dann ohne Mühe zu fühlen sind. Somit muss es als typisch angesehen werden, dass bei zahlreichen Injectionen leicht palpabele Knoten in den Glutaeen zurückbleiben, bei weniger zahlreichen, einzelne schwerer durchzufühlende. Ich kann daher den zuerst veröffentlichten Fall nicht als selten oder ungewöhnlich bezeichen, wie Jadossohn ihn in seinem Referate über meine Mittheilung[1]) angesehen wissen will. Zahlreiche Injectionen bedingen eben noch auf Jahre hinaus fühlbare Infiltrate.

Die Krankengeschichte des zweiten von mir untersuchten Patienten ist kurz folgende:

---

[1]) Centralblatt für Chirurgie. 1896. Nr. 15.

K. J., 24 Jahre alt aus W.

Patient stammt aus einer gesunden, nicht belasteten Familie; speciell lässt sich von Syphilis, Tuberculose oder nervösen Erkrankungen in der Ascendenz Nichts nachweisen. Der Kranke selbst gibt an, früher immer gesund und bis zu seiner jetzigen Erkrankung nie leidend gewesen zu sein. Gegen Ende August 1895, ungefähr 5 Tage post Coitum, soll im Sulcus coronorius, auf der Glans und auf dem Dorsum penis eine Reihe von Geschwüren aufgetreten sein, die unter Anwendung von Jodoform rasch verheilten. Da einige derselben leicht indurirte Narben hinterliessen, und weiterhin regionäre Lymphdrüsenschwellungen auftraten, so wurde vom behandelnden Arzte eine Inunctionscur eingeleitet und 114 Gr. Unguent ciner. verbraucht.

Nach 5 wöchentlicher Cur traten Paresen in Armen und Beinen auf, Paraesthesien, Doppelsehen, Sprachstörungen, weshalb die Quecksilberbehandlung aufgegeben wurde. Doppelsehen sowie Sprachstörnng ging zurück, dagegen schwanden die Paresen nicht völlig und es stellten sich vorübergehend sogar Störungen in der Urinentleerung ein.

Da sich bald darauf sehr ausgedehnte Secundaria einstellten, liess sich der Kranke am 8. October in die Klinik aufnehmen. Die nervösen Symptome waren noch in geringem Grade vorhanden.

Der gut genährte Kranke von mittlerer Grösse zeigt keine Störungen des Allgemeinbefindens, kein Fieber, keine Veränderungen in Herz und Lungenthätigkeit; Urin frei von Zucker und Eiweiss.

Auf der Glans penis, nahe dem Orificium urethrae ein beinahe verheiltes Geschwür mit mässig indurirtem Grunde; auf dem Dorsum penis und im Sulcus coronarius je eine linsengrosse indurirte Narbe. Es findet sich weiterhin indolente Drüsenschwellung am ganzen Körper, diffuse Alopecia mässigen Grades.

Auf dem Kopfe finden sich nässende Papeln, ebenso wie am rechten Nasenflügel, ausgesprochen maculöses Exanthem, besonders auf Brust und Bauch. Ziemlich starke Plaques auf den Tonsillen.

Es findet sich weiterhin noch eine leichte Atrophie in der Musculatur der Extremitäten, Schwäche in der Rumpfmusculatur und Herabsetzung der Empfindlichkeit als Reste der früher vorhanden gewesenen Symptome vor. Unter Injectionen von 10% Hydrargyrum salicylicum suspension, 0.06 jeden 3. bis 4. Tag schwanden die luetischen Erscheinungen sehr rasch, so dass nach 6 Injectionen Nichts mehr davon nachweislich war. Gleichzeitig aber damit nahm die Mattigkeit und Schlaffheit des Kranken zu, Taubsein der Extremitäten trat ein, und liess eine weitere Verabreichung von Hydrargyrum unthunlicherscheinen. Es wurde Kalijodatlösung verordnet und täglich 2—3 Gramm genommen. Gleichwohl nahmen die nervösen Symptome nicht ab. Es bildete sich ziemlich rasch schlaffe Lähmung und Hypaesthesie an den Extremitätenden aus, Sehnenreflexe fehlten; des weiteren traten partielle Entartungsreaction und fibrilläre Zuckungen auf. Dazu kamen Störungen in der Urinentleerung, Schwäche der Rumpfmusculatur und Herabsetzung der Empfind-

lichkeit am ganzen Rumpf. Der Patient wurde zur weiteren Behandlung auf die medicinische Klinik verlegt, wo die Diagnose Polyneuritis bestätigt wurde.

Auch mikroskopisch ist dann nach dem 3 Monate später erfolgten Tode von Brauer[1]) diese Diagnose sichergestellt worden, wobei er allerdings im Zweifel lässt, ob Lues oder Quecksilber oder eventuell beides zusammen die Affection bedingt habe. Herr Dr. Brauer wird auf die Sache noch genauer in einer grösseren Publication eingehen, für das vorliegende Thema ist nur eines noch von Interesse, dass nämlich an der Musculatur des Körpers Veränderungen sich nicht haben nachweisen lassen. Es fällt damit der Einwand, dass es sich bei den später zu beschreibenden Befunden um Einwirkung der nervösen Erkrankung habe handeln können. Der Sectionsbefund ergab, das centrale und periphere Nervensystem abgerechnet, Nichts von Bedeutung. Für mich kam es vor Allem darauf an, die Stellen in der Glutaealmusculatur aufzufinden, wo die Injectionsmassen deponirt waren. Durch genaue Palpation gelang es ohne grosse Mühe, und wurden die Stellen mit intacter Musculatur der Umgebung herausgenommen, und zwar aus äusseren Gründen nur aus der linken Gluaealmusculatur. Die Muskelstücke wurden in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet. Es fanden sich nun, nicht wie im ersten Falle nach Entfernung der Haut derbe spindelförmige Herde von mehr oder weniger glasig transparentem Aussehen, sondern es liessen sich in dem Musculus glutaeus max. und medius längliche, mehr diffuse Härten durch die Palpation nachweisen, die allerdings auf dem Querschnitte etwas glasiges Aussehen darboten. Solcher Infiltrate wurden entsprechend der Zahl der Injectionen nur 3 gefunden, was die Annahme, dass wir die Injectionsstellen vor uns hatten, noch bestätigte. Die spätere genaue mikroskopische Untersuchung erwies diese Auffassung als völlig zutreffend.

Am Querschnitte des gehärteten Präparates sieht man deutlich zwischen den Muskelbündeln eines, das sich durch sein Aussehen von den übrigen unterscheidet. Es zeigt statt

---

[1]) Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte 1896. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 28. Heft 3.

des graugrünen gleichmässigen Farbentones ein fleckiges Aussehen; auch ist es durch breitere Zwischenräume von den anderen Bündeln getrennt. Betrachtet man diesen quer zur Muskelaxe gelegten Schnitt bei Loupenvergrösserung, so zeigt sich, dass zwischen den normalen, compacten Muskelbäuchen einer eingebettet liegt, dessen Substanz durch zahlreiche, runde und ovale Oeffnungen durchbrochen ist. Dieser veränderte Muskel liegt von den übrigen durch breitere Zone getrennt. Zur genauen Untersuchung wurden die Muskelstücke in Celloidin eingebettet und geschnitten. Hämatoxylin, Carmin, Pikrocarmin, Triacidmischung nach Biondi, Orcein Färbungsmethode nach Tänzer für elastische Fasern, sowie Weigerts Methode der Fibrindarstellung wurden zur Klärung der Verhältnisse herangezogen.

Ein Theil des Materiales wurde quer, das andere längs der Muskelfaserung geschnitten, und von beiden Schnittgattungen auch Serien untersucht. An den Querschnitten zeigt sich nun bei schwacher Vergrösserung, dass die ganze Masse des mehr central liegenden Muskelbauches verändert ist, und zwar erscheint nur noch ein Theil der Fasern erhalten, während ein anderer grosser Complex zu Grunde gegangen ist und ersetzt wird durch ein Gewebe, dessen grosse Hohlräume und Maschen wir schon bei Lupenvergrösserung deutlich erkennen konnten. Dieses Ersatzgewebe trennt sich nicht scharf von der Musculatur, sondern springt hier tief in die compacteren Massen hinein, dort finden sich noch Muskelbündel vereinzelt neben den Hohlräumen vor. Zwischendurch liegen undeutlich und diffusgefärbte krümmelige Massen ohne bestimmten Charakter. In den Uebergangsgebieten sieht man vereinzelte Gefässe mit kleineren Infiltrationsherden, deutlicher und häufiger in der stark verbreiterten bindegewebigen Muskelscheide.

Bei stärkerer Vergrösserung zeigt sich nun, dass nur ein Theil des intact scheinenden Muskelbauches in der That intact war; die bindegewebigen Septen waren verbreitert, und je näher dem veränderten Theile erscheint fast jede Muskelfaser umgriffen von wucherndem kernreichen Gewebe. Nach und nach geht darin die Musculatur zu Grunde und man kann das schrittweise verfolgen an den glasig und krümmelig werdenden

Muskelschollen, die zuletzt nur noch als stärker gefärbte bröckelige Massen im Bindegewebe die Stelle markiren, wo die Faser lag. Die Kerne der Sarcolemms sind vermehrt, Neubildung von Muskelelementen ist nicht zu bemerken. Die grösseren und kleineren Hohlräume in den bindegewebig veränderten Muskeltheilen zeigen sich meist von Bindegewebsfasern begrenzt, die sehr kernreich sind. Da diese Kerne stellenweise als flache Gebilde der inneren Wandung der Hohlräume anlagen, so konnte wiederum die Vorstellung Platz greifen, dass es sich um Endothel tragende Hohlräume handelte. Schon höhere und tiefere Einstellung liess die Gebilde als nicht kugelförmige erkennen; Serienschnitte, und vor allem Längsschnitte der Muskulatur zeigten dann, dass es sich um röhrenförmige Hohlräume handelte, in welche hinein dann wieder Wucherungen stattgefunden hatten.

Bei schwacher Vergrösserung erblickt man auf einem solchen Längsschnitt die Musculatur, zerlegt durch eine grössere Anzahl von Canälen, die in ihrer Breite und Configuration wechselnd der Längsrichtung folgen. Diese Röhren in der Musculatur sind, wie man an den schwach angedeuteten Quersepten erkennen kann, nicht leer, sondern werden von Gewebszügen durchkreuzt, welche das ganze Lumen in grössere und kleinere, mehr oder weniger gegeneinander abgeschlossene Hohlräume theilen, die alle eine rundliche oder ovoide Form darbieten, oder durch Combination solcher entstanden sind. Unter diesen Verhältnissen war es klar, dass auch diesmal der Versuch, das Canalsystem zu injiciren, fehlschlagen musste. Kleinere und grössere Gefässe, von mässigen rundlichen Infiltrationsherden umgeben, treten an vielen Stellen deutlich vor, während im übrigen stärkere Anhäufung von Rundzellen fehlt.

Bei stärkerer Vergrösserung zeigte es sich auch hier, dass nicht alle Muskelfasern erhalten waren, die sich bei schwacher Vergrösserung so erschienen. Vielfach waren nur noch Reste, an anderen Stellen Bröckel und stärker färbbare Krümmel übrig geblieben, die von einem sehr kernreichen Gewebe breit umhüllt werden. In diesem lagen neben den grossen ovalen oder auch häufig stäbchenförmigen Kernen vereinzelte „Mastzellen“, sehr häufig aber Pigment führende Zellen

und freie Pigmentschollen. Auch bei starker Vergrösserung konnten frischere Entzündungserscheinungen, Rundzellenansammlungen, mit Ausnahme der bereits erwähnten um die Gefässe nicht aufgefunden werden. Leichtere Grade von Endarteritis waren an Venen wie Arterien fast durchweg zu constatiren. Wo die Muskelfasern noch in grösseren Verbänden zusammen liegen, ist jede von einer grossen Menge in Reihen liegender Perimysiumkerne begleitet. Der Kernreichthum nimmt noch zu, je näher die Stelle einem der geschilderten röhrenähnlichen Canäle liegt. Verfolgt man nun das Sarcolemma, wie es oft möglich ist, in einen solchen Hohlraum hinein, so zeigt sich, dass dasselbe ohne Unterbrechung die Innenfläche desselben überzieht. Von wechselnder Dicke, und, wo stärker ausgebildet, fein streifig, mit denselben Ovalen häufig stäbchenförmigen Kernen kleidet das gleiche Gewebe die Canäle aus, um an anderen Stellen wieder zwischen degenerirten, oder auch noch erhaltenen Muskelfasern sich zu verlieren. Dabei spaltet sich von dem auskleidenden Gewebe fortwährend eine Verästelung nach der anderen ab, um als kernreicher Gewebszapfen in das Lumen hineinzuragen, oder mit einem der anderen Wandung in Verbindung getreten einen kleineren Hohlraum abzugrenzen. Man kann so in einzelnen Stadien verfolgen, wie von den wandständigen Partien ein Querseptum nach dem anderen gebildet wird, wodurch dann der ursprüngliche Canal zu einer Reihe von hintereinander liegenden Vacuolen wird. Es entspricht dies dem von mir früher schon erhobenen Befunde, (l. c. pg. 13 unten), dass die Vacuolen nahe der Musculatur bisweilen eine Anordnung in Reihen zeigen, zwischen denen Streifen von länglichen Kernen als Scheidewand hinziehen. Diese letzteren deutete ich auch damals schon als vom Pirimysium herrührend.

An allen Stellen kann man dann erkennen, dass das gewucherte kernreiche Sarcolemma der einzelnen Muskelfibrillen, wo es einen Hohlraum begrenzt, continuirlich übergeht in das Gewebe, das die Vacuolen umschliesst, und dass es auch da die gleiche Structur aufweist, wo augenscheinlich durch narbige Schrumpfung die Vacuolen dichter an einander gelagert eine reihenförmige Anordnung nicht mehr deutlich erkennen lassen.

Es ist somit kein Zweifel, dass die im Muskel gefundenen Hohlräume und Canäle vom Sarkolemma ausgekleidet sind, dessen Kerne eine grosse Wucherung auch in den entfernter liegenden Theilen erfahren haben. Aus den vielfachen Zwischenstadien ergibt sich fernerhin, dass durch Wucherung und spätere narbige Schrumpfung des neugebildeten Gewebes der Ausfall an zu Grunde gegangener Musculatur gedeckt wird. Es wird somit nach Hg salicylicum Injection der Process sich in der Weise gestalten, dass mechanisch und chemisch eine gewisse Menge Muskelfasern zerstört werden, deren Zerfallsproducte, ebenso wie ausgetretene Blutelemente, nach Ablauf der acutesten Entzündungserscheinungen resorbirt werden. Es resultiren daraus leere Sarcolemma-Schläuche oder, wo auch das Sarcolemma ganzer Muskelbündel zu Grunde ging, grössere Canäle, die von Sarkolemma ausgekleidet sind. Von letzterem geht dann unter starker Kernvermehrung (Kerntheilungsfiguren) eine Wucherung aus, welche das Minus des Gewebes deckt und durch spätere Schrumpfung zur definitiven Vernarbung bringt. Diese letzten Stadien hatte ich in dem zuerst von mir veröffentlichten Falle Gelegenheit zubeobachten und eingehend zu schildern.

Die früher ausgesprochene Ansicht, dass der entstandene Defect durch Wucherung des Fettbindegewebes stattfinde, wurde durch meine damaligen Befunde veranlasst, die aber durch diese neuen Untersuchungen dahin zu ändern sind, dass es allein das Sarkolemma ist, welches das verlorene Gewebe ersetzt. Die oben geschilderte Bildung von Vacuolen, die nach und nach ihre Anordnung in Reihen verlieren und von weniger zellreichem Gewebe begrenzt erschienen, musste diese Annahme wahrscheinlich machen. Auch möchte ich ausdrücklich darauf hinweisen, dass die in den Wandungen liegenden Kerne, die endotheliale Auskleidungen vortäuschten, eben nur die Kerne des gewucherten Sarkolemmas darstellten.

Genaue Untersuchung auf Mikroorganismen nach verschiedenen Methoden blieb resultatlos, auch fand sich kein Fibrin vor.

Der nach 2 Methoden gemachte Versuch, in der Musculatur Quecksilber nachzuweisen, gelang nicht.

Dieser negative Befund 3 Monate nach der Injection ist wohl geeignet, den Vorwurf zu entkräften, dass die Depottherapie auf lange Zeit hinaus noch Gefahren in sich berge, durch eventuelle plötzliche Resorption von Quecksilber aus alten Depots. Es findet sich nach 3 Monaten, vielleicht noch nach kürzerer Zeit, überhaupt kein Quecksilber mehr an den Injectionsstellen vor, kann also auch von da aus keine verhängnissvolle Wirkung mehr entfalten.

Was die Wirkung der Quecksilbereinspritzungen auf die Musculatur anlangt, so glaube ich, dass die neu gewonnenen Befunde mit dem früher Gesagten (l. c. p. 17) durchaus in Einklang stehen. Schon bei der Injection, oder kurz nachher durch die Muskelaction wird das Injectum zwischen die Muscelfasern hineingetrieben und bildet so die streifenförmigen Herde, welche uns als Canäle späterhin zu Gesicht kommen. Wie weit dabei mechanische oder chemische Factoren betheiligt sind, lässt sich mit Sicherheit nicht sagen, doch scheint der gleichmässige Befund der Canäle ohne centrale Zerfallshöhle bei dem Hydrargyrum salicylicum wenigstens mehr für ein Ueberwiegen der letzteren zu sprechen, und zwar für eine langsame, nicht stürmische Umsetzung des injicirten Präparates. Anders scheint es bei dem Calomel von dem fast allgemein, letzthin von Juillien, [1]) betont wurde, dass an der Injectionsstelle ein acuter und heftiger Zerfall zur Höhlenbildung führt.

---

[1]) Annales VII. Febr. 1896 p. 174.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VII u. VIII.

1. Querschnitt der Muskulatur. In der Mitte und nach oben der veränderte Muskelbauch mit den quer getroffenen Canälen (*c*) nach rechts, dunkel gehalten, stärker gefärbte Massen in der Muskulatur (Zerfall); desgl. oben im Bindegewebe mit Pigment vermischt *P* (Loupenvergröss.).

2. Längsschnitt der Muskulatur. Canäle bei *c*. *M* erhaltene Muskelfasern. *g* Gefässe (Loupenvergrösserung).

3. Eine Stelle aus einem Canal des vorigen Präparates bei starker Vergrösserung. Auf beiden Seiten erhaltene Muskelfasern *m*. In dem Canale gewuchertes Sarcolemma (*S*) mit vielen Kernen, das mit dem der anderen Seite in Verbindung getreten ist. (*A*)

Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik von Prof. F. J. Pick in Prag.

Ueber eine eigenthümliche Form multipler infectiöser Hautgangrän.

Von

Dr. Ludwig Waelsch,
I. Assistent der Klinik.

(Hierzu Taf. IX.)

Am 30. April 1896 wurde auf unsere Klinik in elendem, leicht benommenem Zustand der 38jährige Lohgerber K. H. eingebracht. Die mit seiner ihn begleitenden Gattin aufgenommene Anamnese ergab Folgendes:

Im Jahre 1891 wurde Patient angeblich wegen einer Magengeschwulst operirt. Seit dieser Zeit kränkelte er beständig; er litt an häufigen Magenkrämpfen, musste zeitweise das Bett hüten, und konnte nur mit grösseren Unterbrechungen seiner Arbeit nachgehen.

Vor 3 Wochen entstand ohne bekannte Ursache an der Haut der Magengegend ein brauner Fleck, auf dem sich allmälig eine Beule bildete; die letztere perforirte nach einigen Tagen, entleerte grünen Eiter und wandelte sich in ein Geschwür um. Seit dieser Zeit entwickelten sich fort und fort neue Beulen auf ganz gleiche Weise, die dann ebenfalls aufbrachen und Geschwüre aus sich entstehen liessen. Sie traten successive auf an der Haut des Bauches, der Brust, der Arme und Oberschenkel.

Seit den letzten 3 Wochen hustet Patient, hat grünlichen Auswurf und schwitzt bei Nacht. In der allerletzten Zeit traten auch starke Diarrhoen auf.

Patient war bis zu seiner Erkrankung angeblich in einer Gerberei beschäftigt, wo er die frischen Häute, wie sie aus der Schlachtbank kamen, von den Haaren zu säubern und in der Moldau zu waschen hatte. Eine Verletzung an den Händen oder Fingern, oder eine Affection an denselben, die den Beulen am Stamme ähnelte, will er nie beobachtet haben.

Bis auf die jetzige Affection war Patient mit Ausnahme einer im Alter von 4 Jahren erlittenen Verbrennung an Händen und Brust stets

gesund. Er ist 4 Jahre verheiratet und hat 3 gesunde Kinder; die Frau hat niemals abortirt. Seine Eltern, sowie ein Bruder starben an Lungentuberculose.

Der Patient machte einen elenden, ungemein herabgekommenen Eindruck. Er ist leicht benommen und kann sich nur lallend verständigen. Er zeigt gracilen Knochenbau, sehr schwache Musculatur, ist hochgradig abgemagert. Die Wangen sind stark eingesunken, die Augen hallonirt. Die Inspection der Mundhöhle sowie des Rachens ergibt nichts Abnormes. — Der Hals lang, schmal, die Halslymphdrüsen nicht vergrössert.

An der Haut des Stammes, und zwar ausschliesslich der vorderen Brust- und Bauchwand, an den oberen Extremitäten, sowohl an der Streck- und Beugeseite, ferner der Streckseite der Oberschenkel finden sich ungemein zahlreiche Geschwüre. Dieselben sind scharfrandig, von rundlicher oder nierenförmiger Gestalt, 3—6 Cm. im Durchmesser. Der Geschwürsgrund zeigt schlaffe Granulationen, die entweder missfärbig belegt, oder von eingetrockneten mit Blut untermischten Secretmassen bedeckt sind. Auf Druck auf die weithin unterminirten Ränder der Geschwüre entleert sich reichlicher dünnflüssiger, höchst übelriechender Eiter. Die Ränder selbst sind livide, oft bräunlich oder grünlich verfärbt. Die unregelmässig geformten Geschwüre lassen an ihren Rändern aus gegen den Geschwürsgrund einspringenden Zacken ihre Entstehung durch Confluenz benachbarter Geschwüre deutlich erkennen. Dort, wo zwei benachbarte Substanzverluste nahe aneinander stehen, erweisen sie sich nur durch eine schmale, schwarzblau verfärbte unterminirte Hautbrücke von einander getrennt.

Links von der Linea alba, 4 Cm. unter dem Nabel, findet sich eine blaurothe fluctuirende Erhebung von etwa Thalergrösse, von verdünnter, stark gespannter Haut bedeckt; daneben mehrere kleinere, oberflächliche Abscesse.

Ein etwa hühnereigrosser Abscess von livider Haut überzogen befindet sich in der Mitte des rechten Oberschenkels, am linken Oberschenkel mehrere wie oben beschriebene Ulcerationen, welche aber mit einem zwischen ihnen befindlichen Abscess communiciren, so dass sich auf Druck auf den letzteren grosse Mengen Eiters aus den Geschwüren entleeren. Die Geschwüre verbreiten einen ungemein penetranten, aashaften Geruch. — Im Bereiche der vorderen Brustwand erscheint die geschwürsfreie Haut weiss, verdünnt, narbig-atrophisch (Verbrennungsnarbe); im Hypogastrium eine vertical verlaufende, lineare, 5 Cm. lange Narbe (Operationsnarbe). Ueber dem Kreuzbein besteht ausgedehnter brandiger Decubitus.

Von einer Untersuchung der inneren Organe des Patienten musste in Folge seines elenden Zustandes Abgang genommen werden. Im Harne fanden sich keine abnormen Bestandtheile.

Es wurde sofort eine Untersuchung des Blutes und des Eiters vorgenommen.

Die Zählung der rothen Blutkörperchen ergab 4,890.000, die der weissen 13.200, das Verhältniss der weissen zu den rothen 1 : 390; Fleischl : 30%.

Die mikroskopische Untersuchung der Blutpräparate ergab (nach Löffler, Gram, Gabet) ein vollständig negatives Resultat bezüglich des Vorhandenseins von Mikroorganismen.

Im Eiter der Geschwüre fanden sich grosse Mengen nach Gram sich färbender Diplococcen, zwischen denselben eingestreut kurze, nicht Grambeständige Stäbchen, sowie sehr zahlreiche rundliche, coccenähnliche Gebilde, die ebenfalls die Nachfärbung mit Vesuvin annahmen, und endlich fein granulirte, ebenso sich tinctoriell verhaltende, unregelmässig gestaltete dichte Haufen. Die nach Gram sich nicht färbenden Bacillen fanden sich dagegen fast in Reincultur neben spärlichen Grambeständigen Diplococcen in jenen Präparaten, welche mit dem, aus den uneröffneten Abscessen aspirirten Eiter angefertigt worden waren.

Mit dem Eiter, sowohl der Geschwüre, als der uneröffneten Abscesse wurden auch behufs bakteriologischer Untersuchung Platten gegossen. Ueber die Resultate dieser Untersuchung will ich später berichten, und mich vorläufig darauf beschränken, den weiteren Krankheitsverlauf zu schildern.

Am Morgen des Tages nach seiner Aufnahme ist Patient fieberfrei, verfällt sichtlich, beständiger Singultus, das Abdomen ist stark meteoristisch aufgetrieben, bei Palpation schmerzhaft. Gegen Abend stellt sich unter zunehmender Benommenheit des Patienten leichtes Fieber (38·2°) ein. In der Nacht klagt Patient über sehr starke, krampfartige Schmerzen im Unterleib, und bat mich dringend um eine Morphiuminjection. Die Bitte des Kranken, der ausdrücklich eine Morphiuminjection verlangte, machte mich stutzig. Ich sah aber auch zugleich, dass ich es mit einem Sterbenden zu thun habe, und glaubte ihm seine Bitte nicht abschlagen zu können. Nach verabreichter Injection stellte sich unruhiger, von mussitirenden Delirien unterbrochener Schlaf ein.

Am nächsten Morgen war der Kranke bewusstlos, ungemein collabirt, Temperatur 35·9°, Puls fadenförmig, kaum zu tasten, sehr frequent. Im Laufe des Vormittags erfolgte der Exitus.

Die Stellung der klinischen Diagnose im vorliegenden Falle war eine ungemein schwierige. Es kamen alle jene Krankheitsbilder in Betracht, welche mit ausgedehnten Ulcerationen der Haut einhergehen, demnach Lues. Tuberculose, Carcinomatose, chronischer Milzbrand und Rotz, multiple Hautgangrän, Septico-Pyohämie.

Lues liess sich sowohl anamnestisch, als auch nach dem klinischen Bilde und dessen Verlauf sofort ausschliessen, ebenso auch Carcinose, an die wir wegen der anamnestisch erho-

[illegible] einer [illegible] Magengeschwulst denken müssen.

Gegen Tuberculose sprach das Aussehen der Geschwüre, sowie das Fehlen der Tuberkelbacillen im Eiter der Ulcerationen; es ergab auch die Untersuchung des eitrigen [illegible] ein negatives Resultat.

Dagegen aber liess die Beschäftigung des Kranken mit [illegible] Thieren es uns möglich erscheinen, dass wir es im vorliegenden Falle vielleicht mit einer auf den Menschen übertragenen Zoonose zu thun hätten.

[illegible] Grambeständige Bacillen [illegible] im Eiter der Abscesse der Geschwüre [illegible] sprach auch das Aussehen der Abscesse [illegible], sowie der ganze Verlauf der Erkrankung nicht für diese Diagnose. Dagegen liess uns der Beruf des Kranken zusammengehalten mit dem Befunde von nach Gram [illegible] fast in Reinkultur im Eiter [illegible] Abscesse an [illegible] Malleus denken, gestattete uns aber doch nicht die Diagnose diesbezüglich sicher zu stellen. Denn einerseits bietet das Bild des chronischen Hautrotzes, wie jüngst erst Buschke[1] wieder hervorgehoben hat, so wenig Charakteristisches, dass oft klinisch die Unterscheidung von syphilitischen, tuberculösen Geschwüren, ev. Actinomykose der Haut einfach nicht zu machen ist[*] und andererseits fehlten auch die charakteristischen Schleimhautveränderungen und war endlich auch der Verlauf der Krankheit entgegen dem bei Malleus chronicus gewöhnlichen, ein ungemein rapider (6 Wochen). Es genügte ferner auch der Befund Gram nicht beständiger Bacillen im Eiter ohne Zuhilfenahme der culturellen Untersuchung und des Thierexperimentes nicht, um die Diagnose „Hautrotz" zu erhärten. — Patient lag im Ganzen 1½ Tage auf unserer Klinik, eine Zeit, die viel zu kurz war, um ein endgiltiges, einwurfsfreies Resultat der bakteriologischen Untersuchung zur Verfügung zu haben. Wir mussten demnach die Diagnose „Malleus chronicus" zwar im Auge behalten, dabei aber doch noch überlegen, ob der geschilderte Symptomencomplex nicht auch noch in anderen Ursachen seine Erklärung finden könnte.

Wir hatten es im vorliegenden Falle mit einem Individuum zu thun, das durch jahrelanges, der zum Tode führenden Erkrankung vorausgehendes Krankenlager in seiner Ernährung stark heruntergekommen, schwer cachektisch geworden war. Es war dann an der Haut des Kranken aus nicht näher bekannter Ursache zur Entstehung von Infiltraten, pustulösen Efflorescenzen auf denselben und geschwürigem Zerfall der letzteren gekommen, ein Symptomencomplex, wie er von Simon[2]), Eichhoff[3]) u. A. m. bei cachectischen Kindern beschrieben wurde. Von den, Infectionsmaterial reichlich enthaltenden und der Infection auch ausgesetzten Abscessen und Geschwüren (s. das Resultat der mikroskopischen Untersuchung des Eiters), konnte es dann zu einer Propagation des den Organismus schwer schädigenden Virus gekommen sein, so dass neben den Erscheinungen an der Haut das Bild einer septischen Allgemeinerkrankung entstehen konnte. Ausserdem liess es sich nicht von der Hand weisen, dass wir es umgekehrt mit einer auf nicht eruirbare Weise entstandenen septischen Allgemeinerkrankung zu thun hatten, welche durch Hinzutreten eines uns vorderhand nicht bekannten Virus zu ausgedehnter Hautgangrän, dem oben geschilderten Symptomencomplex Veranlassung gegeben hatte.

Wir machten demnach die klinische Diagnose: Gangraena cutis multiplex cachectica, Sepsis.

Die Section, welche im Prager deutschen pathologisch-anatomischen Institute des Herrn Professor Chiari von Herrn Doc. Dr. v. Wunschheim ausgeführt wurde, ergab nichts, was wir zur Stütze unserer Diagnose nach der einen oder anderen Richtung hätten verwerthen können.

Ich hebe aus dem Protokoll nur hervor, dass sich neben den Erscheinungen an der Haut und klinisch nicht nachweisbar gewesenen Muskelabscessen pathologische Veränderungen an den Lungen vorfanden. Die r. Lunge war im Unterlappen leicht angewachsen, sonst frei, im rechten Pleuracavum fanden sich etwa 30—40 Ccm. einer gelblichen, trüben, flockigen Flüssigkeit. Das Parenchym der rechten Lunge erschien gedunsen, ziemlich substanzarm und enthielt im Unterlappen zahlreiche, aashaft stinkende, bis taubeneigrosse colli-

[illegible] Zerfallsherde. Die Pleura des Unterlappens war dementsprechend mit zartem fibrinösem Belage bedeckt, etwas missfarbig.

Die linke Lunge war ebenfalls am Unterlappen adhärent, das Parenchym daselbst von schlaffer, lobulärer Verdichtung eingenommen, die zum Theil in Vereiterung und auch etwas missfarbig erschien. Aus den Bronchien beiderseits, besonders links, war reichlich schleimigeitriger Inhalt entleerbar. In beiden Lungenspitzen, dann auch zerstreut im übrigen Lungenparenchym fanden sich einzelne Herde chronischer, zum Theil obsoleter Tuberculose.

Im Herzbeutel fand sich ein Esslöffel klaren Serums; das kleine Herz war schlaff, blass, das Herzfleisch leichter zerreisslich; die Herzklappen zart, an der Aorta mässige Endarteritis chronica deformans. In den peribronchialen Lymphdrüsen zeigte sich zum Theil obsolete Tuberculose.

Die Leber war entsprechend gross, von glatter Oberfläche, ihr Parenchym rothbraun, etwas brüchiger, die Milz mässig vergrössert, blutreich, weich.

Die Nieren waren anämisch, sonst normal. Die Schleimhaut des harnleitenden Apparates erschien leicht geröthet; die Hoden waren klein, schlaff, blass. Der Magen war stark ausgedehnt, seine Mucosa blass, am Fundus stark postmortal angedaut. Die Schleimhaut des mässig ausgedehnten Dünn- und Dickdarmes war ohne Besonderheiten. Pancreas und Nebennieren erschienen nicht pathologisch verändert.

Deckglaspräparate vom Eiter eines Hautmuskelabscesses erwiesen darin reichliche Grambeständige Strepto- und Staphylococcen, sowie reichliche nicht Grambeständige Bacillen. In Culturen von diesem Eiter wuchsen Streptococcus pyogenes und Staphylococcus pyogenes aureus, sowie Bacterium coli commune, nicht aber der Bacillus mallei.

Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete demnach: **Abscessus multiplices subcutanei et intramusculares cum ulceratione cutis late extensa. Bronchitis suppurativa et Pneumonia lobul. sinistra partim in suppuratione. Gangraena circumscripta multiplex lobi infer. pulmon. dextr.**

Pleuritis serofibrinosa bilateralis. Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis. Tumor lienis acutus. Decubitus gangraen. in regione sacrali. Tuberculosis chron. et obsoleta pulmon. et glandular. lymphaticar. peribronchialium.

Es gab also die Obduction nur Aufschlüsse über die pathologischen Veränderungen der inneren Organe, auf deren Untersuchung wir intra vitam verzichten mussten, liess uns aber über die Aetiologie des Processes ganz im Unklaren.

Das Vorhandensein der intramusculären Abscesse, die wir in vivo nachzuweisen nicht in der Lage waren, und die als für chronischen Rotz charakteristisch angegeben werden, liessen uns umso gespannter die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung und der Thierexperimente abwarten.

Resultat der bakteriologischen Untersuchung.

Inzwischen hatten sich aus den noch zu Lebzeiten des Kranken auf dem Eiter angelegten Platten Culturen entwickelt, welche ein ganz eigenthümliches Aussehen zeigten, und in den vom Eiter der uneröffneten Abscesse stammenden Platten fast in Reincultur neben spärlichen Stachylococcencolonien aufgegangen waren. Dieselben zeigten charakteristisches Aussehen, auf das ich noch später zurückkommen will, und erwiesen sich bei der Untersuchung als nach Gram sich nicht färbende kurze, an den Enden abgerundete Stäbchen, welche etwas kleiner waren als die im Eiter beobachteten. Die Stäbchen zeigten eine Länge von $1^1/_2$—2 M. und deutliche Eigenbewegung.

Wir überimpften aus den Platten noch auf Kartoffeln, auf welchen der Rotzbacillus charakteristische honiggelbe bis rostbraune Rasen bildet, und legten auch gleichzeitig Culturen auf den anderen gebräuchlichen Nährböden an. Ferner wurden mit einer Aufschwemmung der Colonien aus den Platten männliche Meerschweinchen intraperitoneal geimpft. Wir wählten männliche Thiere, da nach Strauss[4]) auf Einbringung von rotzverdächtigem Material in die Bauchhöhle dieser Thiere nach 2—3 Tagen charakteristische Hodenschwellung auftritt, und

andererseits gerade Meerschweinchen für septische Infectionskeime, die als Nebenbefund in Rotzgeschwüren häufig vorkommen, weniger empfänglich sein sollen.

Die Züchtung des fraglichen Bacillus auf Kartoffel ergab ein für Rotz negatives Resultat. Es bildete sich nämlich nach 24 Stunden ein schmutzig-gelbgrauer Belag, in dessen Nachbarschaft nach weiteren 1—2 Tagen unter langsamem peripheren Weiterwachsen des Belages sich eine eigenthümlich schiefergraue Verfärbung der Kartoffeloberfläche entwickelte, wie sie Jäger[*]) als charakteristisch für Proteus fluorescens, den Krankheitserreger des Weil'schen Icterus beschreibt.

Ebenso hatte auch das Thierexperiment ein gegen Malleus sprechendes Ergebniss, indem die Erkrankung der Scheidenhaut des Hodens bei den Versuchsthieren ausblieb.

Das Eigenthümliche des Falles, für welchen uns also die bakteriologische Untersuchung vorderhand auch keine Erklärung gegeben hatte, und die merkwürdige, constant gleichbleibende Wachsthumsform des Mikroorganismus auf den verschiedenen Nährböden forderten eine gründliche Weiteruntersuchung, über deren Resultat ich nun kurz berichten will.

a) Beschreibung der Wachsthumsformen des Bacillus.

Das Aussehen der Culturen war Folgendes:

In Agarplatten entstanden oft schon nach 24 Stunden rundliche, grauweisse Colonien, welche im durchfallenden Lichte prachtvoll grün und roth fluorescirten, und nach der Peripherie fingerförmige, an den Enden oft leicht verdickte Fortsätze entsenden, wodurch die Cultur wie von einem Strahlenkranz umgeben erscheint, und ein Aussehen erhält, der Blüthe der Sonnenblumen vergleichbar. (Fig. 6 *a*.) Daneben fanden sich kleine, tropfenartige, durchsichtige Colonien, welche von einem schmalen, im Niveau des Nährbodens gelegenen rauchgrauen, oft bläulich schimmernden Hof umgeben waren, der an seiner Peripherie häufig eine Andeutung von Zacken- oder Strahlenbildung erkennen liess. (Fig. 6 *b*.) In der Nachbarschaft der Oberflächencolonien fanden sich schon nach 36

Stunden sehr zahlreiche Tochtercolonien, welche oft auf weite Strecken hin isolirt zur Entwicklung kamen, um dann untereinander oder mit der Muttercolonie zu grösseren Rasen zu confluiren. In anderen Fällen, wenn im Centrum einer Platte oder Kral'schen Plattendose der Nährboden mit dem der Reincultur entnommenen Material beschickt wurde, entwickelten sich strahlige Colonien, deren Strahlen eine ziemliche Länge aufwiesen und alle nach einer Richtung gedreht erschienen, so dass wasserstrudelartige Bilder zustande kamen. (Fig. 5.) In wieder anderen Fällen konnte ich beobachten, dass schon nach 24 Stunden die ganze Agaroberfläche überzogen erschien von einem milchgrauen Belag, der freie Lücken zwischen sich schloss, eine Raschheit des Wachsthums, die darauf hindeutet, dass von der sich entwickelnden Stammcultur Schwärme von eigenbeweglichen Mikroorganismen sich losgelöst haben mussten, und dann nach ihrer Festsetzung sich rasch isolirt weiter entwickeln, wie es von den Proteusarten beschrieben wird.

Die Tiefencolonien erwiesen sich als scharf- und glattrandige durchsichtigrauchgraue runde Colonien.

In Gelatineplatten zeigen die Colonien nach 24—36 Stunden ungemein verschiedenes Aussehen. Es finden sich hier scharfrandige kreisrunde Oberflächencolonien, welche an die des Typhusbacillus erinnern, ferner solche von eigenthümlich lichtbrauner Farbe mit deutlicher concentrischer Schichtung, wie sie dem Cholerabacillus zukommen, endlich unregelmässig gestaltete grobgranulirte gelbbraune Culturen, welche zwar scharf- aber nicht glattrandig sich begrenzen.

Im weiteren Verlauf zeigt sich dann hie und da um die kleinen Colonien ein Saum verflüssigter Gelatine, während andere wiederum diese peptonisirende Wirkung nicht erkennen lassen, also verflüssigende und nicht verflüssigende Colonien neben und durch einander liegen, ein Befund, wie er von Jäger bei Proteus fluorescens beschrieben wurde.

Zwischen diesen soeben geschilderten finden sich auch Colonien, welche ein ungemein vielgestaltiges Aussehen zeigen. Sie haben die Gestalt von breiten Stäbchen, welche entweder geradlinig verlaufen, oder vielfach zickzackförmig oder spiralig gedreht sind, oder endlich zoogloeaartige, unregelmässig ge-

gestaltete Massen darstellen, wie sie **Hauser**[6] bei **Proteus vulgaris** gesehen hat. Die im Centrum einer Gelatineplatte angelegte Cultur zeigt in anderen Fällen wieder rasches peripheres Wachsthum mit rasch erfolgender Verflüssigung, so dass sich schon nach 24—36 Stunden eine flache lichtgraue Scheibe gebildet hatte, welche grob granulirt unter zunehmender Verflüssigung der Gelatine sich vergrösserte und nach 48 Stunden bereits einen Durchmesser von über 1 Cm. erreicht hatte. In der Nachbarschaft waren auch hier durch Ausschwärmen zahlreiche ungemein vielgestaltige Colonien entstanden. Eine Bildung langer Fäden seitens der Muttercolonie, wie sie **Hauser** bei **Proteus** beobachtet hat, bestand hier aber nicht.

In **Bouillon** entwickelt sich nach 24 Stunden eine diffuse gelblich-weisse Trübung der Nährflüssigkeit; an der Oberfläche entsteht ein feines, weisses opalescirendes Häutchen, das sich nach 3—4tägigem Wachsthum senkt, und dann vielfach gefaltet unter dem Niveau der Flüssigkeit herumschwimmt, oder sich allmälig ganz zu Boden senkt, während sich an der Oberfläche ein neuer reifartiger Belag bildet; ferner besteht deutlicher Niveaurand. Am Boden bildet sich ein dichter, gelblichweisser Bodensatz, der beim Schütteln in groben Fetzen aufsteigt, und sich durch anhaltendes Schütteln zu kleinen Bröckeln vertheilen lässt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Auswachsen des Bacillus in ungemein lange, zart gegliederte Scheinfäden, neben isolirten kurzen Stäbchen; die des Häutchens zeigte rundliche in grösseren Haufen nach Art der Staphylococcen beisammenliegende Gebilde, eingebettet in nicht näher differenzirbare Massen.

Gelatine-Stichcultur: Nach 24 Stunden deutliches Wachsthum längs des Stichs, in Form eines schmalen, grobgranulirten, oft seitlich vielfach gekerbten Streifens. Um die Einstichsöffnung herum deutliches Wachsthum, sowie Beginn trichterförmiger Verflüssigung. Im weiteren Verlaufe nimmt die Verflüssigung mehr und mehr zu, erfolgt aber jetzt schichtweise, so dass immer ein verflüssigter, diffus graugelb getrübter Gelatinecylinder der nicht verflüssigten Gelatine aufsitzt. In

der Nachbarschaft des Stichs entwickeln sich ungemein zahlreiche, winzige Colonien, welche der Gelatine ihre Durchsichtigkeit nehmen, und den Eindruck erwecken, als ob das Glas der Eprouvette angelaufen wäre, später aber, als wäre der Nährboden mit feinstem Sand vermengt. Sie kennzeichnen sich als Tochtercolonien durch ihre prachtvolle Fluorescenz.

Es hat also der Mikroorganismus die Fähigkeit, die Gelatine allseitig zu durchsetzen und Tochtercolonien in derselben zu bilden. Dadurch erklärt sich auch das eigenthümliche Verhalten der Gelatineculturen, dass manchmal die totale Verflüssigung sehr rapid schon nach 36—48 Stunden erfolgt, während innerhalb der ersten 24 Stunden nur minimale Verflüssigung sich beobachten liess. Es ist eben hier schon sehr frühzeitig zum Ausschwärmen der Organismen gekommen, welche isolirt für sich allein schon verflüssigende Colonien gebildet haben. Die Verflüssigung ist aber dann nie gleichmässig, indem sich neben dünnflüssigen Theilen weniger stark verflüssigte dicke Gelatinemassen darin vorfinden. Die Raschheit, mit welcher die Verflüssigung erfolgt, scheint vom Wasserreichthum, also von der Consistenz der Gelatine abzuhängen, was auch Hauser bei Schilderung des Proteuswachsthums hervorhebt. Die Verflüssigung erfolgt aber bei letzterem Bacillus strumpfförmig.

Andere Gelatineculturen zeigen wiederum ein Bild, wie es Fig. 4 veranschaulicht. Es bildet sich hier innerhalb 36 Stunden längs des Stichs deutliches, streifenförmiges Wachsthum aus, mit Beginn einer trichterförmigen Verflüssigung. Von dem centralen Streifen ausgehend, lassen sich nun nach allen Seiten ausstrahlende fadenförmige, feinste Fortsätze erkennen, welche die Gelatine verschieden weit durchsetzen, ohne sie vorderhand zu verflüssigen. Zwischen diesen Fortsätzen und in der von ihnen noch nicht durchwachsenen Gelatine finden sioh kleinste, wie oben beschriebene Colonien.

In Traubenzuckergelatine erfolgt das Wachsthum ebenso wie in gewöhnlicher Gelatine, nur kommt es hier zu deutlicher Gasbildung.

[illegible] erscheint sie [illegible] am Boden ein [illegible] flockiger Satz.

[illegible] nach 6 Stunden [illegible] des Striches in Form einer [illegible] besonders an den unteren Theilen des [illegible] mehr vom [illegible] wurde. [illegible] unteren Theilen [illegible] Fäden [illegible] Mm. [illegible] und [illegible] ausgehen [illegible] den ganzen Rasen nach Art der Zähne eines Kammes [illegible] Manche [illegible] theilweise [illegible]

[illegible] erst [illegible] Fäden [illegible]

Nach 2 bis 3 Tagen beginnen zuerst an den unteren Theilen die [illegible] Fäden zu confluiren, wodurch der Rasen sich nach unten zu beiderseits verbreitert. Es lassen sich jedoch an der Peripherie dieser unteren Theile noch hie und da deutlich die Fäden erkennen, die dann auch die restlichen seitlichen Partien der Nährbodenoberfläche einnehmen. An den oberen Theilen des Rasens sind die strahlenförmigen Fortsätze dann noch immer deutlich ausgesprochen. Das Condenswasser erscheint stark getrübt, am Grunde desselben gelblich weisse Massen.

Die Bildung dieser eigenthümlichen fadenförmigen Fortsätze konnte ich aber bei auf Zucker-Agar angelegten Culturen nicht beobachten. Der Rand des sich hier rasch entwickelnden Belages war zumeist scharf und glatt, und zeigte nur hie und da seichte und leichte Einkerbungen. Um diesen streifenartigen Belag herum entwickelte sich nach 24stündigem Wachsthum ein 2 bis 3 Mm. breiter Saum, der etwas durchsichtiger und lichter gelbweiss als der übrige Rasen erscheint und von dem centralen Streifen jedoch durch eine scheinbar

freie Nährbodenoberfläche getrennt ist. Nach weiteren 24 Stunden hat sich der mittlere Streifen nur wenig verändert, dagegen hat sich der breite Rand um denselben verbreitert und fast den ganzen Nährboden überzogen. Der freie Theil zwischen ihm und dem centralen Streifen ist noch erhalten geblieben. Im Nährboden, ferner zwischen demselben und der Glaswand entstanden zahlreiche Gasblasen.

Auf Harnagar erfolgte das Wachsthum ebenso üppig wie auf den anderen Agarnährböden. Es entstanden auch Fortsätze, welche aber nicht Fadenform aufwiesen wie auf Glycerin-Agar, sondern sich vielfach zart moosartig verästelten.

Das mikroskopische Bild der von den Agarculturen angelegten Präparate war innerhalb der ersten 24 Stunden dasselbe wie das der in den Platten gewachsenen, also an den Enden abgerundete, ziemlich dicke Bacillen, die sich besonders schön und gleichmässig mit alkalischen Methylenblaulösungen färbten, und hier wieder am deutlichsten mit Sahli's Boraxmethylenblau, nach Gram sich entfärbten. Nach 36 Stunden fanden sich aber nur noch wenige Bacillen, dagegen fast ausschliesslich Involutionsformen, in Gestalt in Haufen beisammenliegender coccenähnlicher Gebilde, deren Längsdurchmesser nur wenig den Breitendurchmesser überwog (vgl. das Ergebniss der Untersuchung des Eiters). Diese eigenthümlich rasche Entstehung von Involutionsformen liess sich aber bei den späteren Generationen, wahrscheinlich in Folge von Angewöhnung an die saprophytische Wachsthumsform nicht mehr beobachten. Es zeigten dann auch 40 und 60 Tage alte Culturen ausschliesslich schöne, ausgeprägte Bacillenformen. Nur ergaben sich hier Verschiedenheiten bezüglich der Färbbarkeit der einzelnen Bacillen, indem sich neben sehr stark gefärbten Stäbchen mehr weniger zahlreiche, blässer gefärbte Bacillen (besonders deutlich bei Verwendung von Sahli's Methylenblau) beobachten liessen. Mit zunehmendem Alter der Cultur ging auch die Zahl der schöngefärbten Stäbchen zurück.

Glycerin-Agar (Stichcultur): Nach 24 Stunden deutliches Wachsthum längs des Stichs, ähnlich wie in Gelatine. An der Oberfläche des Nährbodens, in der Nachbarschaft der Einstichsöffnung, hat sich ein wachsartig glänzender weisser,

[illegible] Farbe.

Lakmusmilch [illegible] neutraler Lakmustinctur als Indicator versetzt. Nach 24 Stunden ist die Farbe der Milch etwas [illegible] oberflächlichen 2—3 Mm. breiten Streifen, der die Farbe der neutralen Lakmustinctur beibehalten hat, [illegible] etwas dunkler blau geworden ist. Nach [illegible] Stunden hat dieser Streifen eine ausgesprochen dunkelblaue Farbe angenommen, die Farbe der übrigen Milch ist noch heller geworden. Nach 3 Tagen beginnt der Gerinnung. Das Casein, das den stark abgeblassten Farbstoff mitgerissen hat, ist noch nicht vollständig abgesetzt; oberhalb desselben die schmutzig gelbgraue, wenig durchscheinende Molke. Im weiteren Verlauf des Pilzwachsthums nimmt das Casein rein weisse Farbe an, die Molke wird durchsichtig und erhält nach 3—4 Wochen allmälig braune Farbe. Die Reaction der Milch schwach alkalisch.

b) Thierversuche.

Mit diesem, durch seine eigenthümliche Wachsthumsform ausgezeichneten Mikroorganismus nahm ich nun auch Thierversuche vor, die ihn als einen ungemein p a t h o g e n e n kennen lehrten.

I. 450 Gr. schweres Meerschweinchen erhält 1 Ccm. einer 21 Stunden alten Zuckerbouilloncultur in die Bauchhöhle injicirt. Innerhalb der nächsten 3 Tage geringere Fresslust. Am vierten Tag Gewicht 300 Gr.; das Thier ist fieberfrei, sitzt traurig in seinem Käfig, ist struppig, frisst nicht, macht einen schwerkranken Eindruck. Nach weiteren zehn Tagen ist das Thier bis auf die Knochen abgemagert (Gewicht 200 Gr.) und geht an diesem Tage (dem vierzehnten nach der Impfung) zu Grunde. Vier Stunden vor dem Tode stürzt es plötzlich auf die Seite um, und zeigt tonische und clonische Krämpfe.

Die Section ergibt: sehr stark ausgesprochene Todtenstarre, der Rücken stark convex gekrümmt, die Extremitäten krampfhaft maximal gestreckt.

Peritoneum stark glänzend, seine Gefässe mässig injicirt; Milz vergrössert; in derselben, besonders zahlreich aber in der Leber stecknadelkopfgrosse gelbe Knötchen. In beiden Lungen pneumonische Herde.

Es gelingt weder aus dem Blut noch der Peritonealflüssigkeit den Bacillus zurück zu cultiviren; dagegen in Reincultur aus den Knötchen der Leber und Milz.

Mikroskopisch finden sich in den beiden letzteren Organen umschriebene Necroseherde, entsprechend den makroskopisch sichtbaren Knötchen, ausserdem zahlreiche Hämorrhagien. In den Necroseherden liess sich der Bacillus wegen der grossen Schwierigkeiten der färberischen Darstellung nicht mit Sicherheit nachweisen; der positive Ausfall der mit Organstückchen von Leber und Milz angestellten culturellen Untersuchungen beweist aber sein Vorhandensein.

II. 575 Gr. schweres Meerschweinchen erhält dasselbe Quantum wie I einer gleichaltrigen Cultur intraperitoneal. Das Thier erkrankt unter denselben Symptomen wie I. und geht

auch unter hochgradigster Abmagerung und mehrere Stunden vor dem Tode plötzlich einsetzenden Krämpfen zu Grunde.

Sectionsbefund wie bei I. Ausserdem Coecum und Colon meteoristisch ausgedehnt, der übrige Darm contrahirt. Die Gallenblase über haselnussgross, von leicht getrübter Flüssigkeit erfüllt; am Grunde der Gallenblase dicker Eiter. Im Zupfpräparat der Leberknötchen, ferner im Gallenblaseninhalt, sowie in dem der maximal ausgedehnten Blase entnommenen Harn der vorerwähnte Bacillus in Reincultur (im Harn ausserdem noch Hefepilze und Spermatozoen), was durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt wurde.

Mikroskopische Untersuchung der inneren Organe: Befund wie bei I.

III. Eine weisse Maus erhält ½ Ccm. einer 40 Stunden alten Bouilloncultur in die Bauchhöhle. Tod nach 6 Stunden unter Streckkrämpfen.

IV. Eine weisse Maus erhält 0·2 Ccm. derselben Cultur wie III. intraperitoneal. Tod unter tonischen Krämpfen nach 13 Stunden.

V. Eine weisse Maus erhält 0·1 Ccm. einer 4 Stunden alten Bouilloncultur in die Bauchhöhle. Tod nach 16 Stunden. Durch 2 Stunden vor dem Tode tonische Krämpfe.

VI. Eine Hausmaus erhält 0·1 Ccm. derselben Cultur wie V. in die Bauchhöhle. Tod nach 14 Stunden unter Krämpfen.

Die Section von IV., V. und VI. ergibt ziemliche Mengen freier Peritonealflüssigkeit, mit starker Injection des Peritoneum; freie Flüssigkeit in beiden Pleurahöhlen. Aus diesen Flüssigkeiten, sowie aus dem Blute des Bacillus in Reincultur züchtbar.

VII. Einem 6 Wochen alten, 1800 Gr. schweren Hund wird 0·5 Ccm. einer 6 Stunden alten Zuckerbouilloncultur subcutan unter die Haut des Rückens gespritzt. Im Laufe der nächsten Tage bildet sich an der Injectionsstelle ein leicht schmerzhaftes wallnussgrosses, fluctuirendes Infiltrat, das dann im Verlaufe weiterer 14 Tage bis auf einen derben haselnussgrossen Knoten verschwindet.

VIII. Männliches Kaninchen erhält am Abend 0·9 Ccm. einer 5 Stunden alten verflüssigten Gelatinecultur unter die

Rückenhaut. Am nächsten Tage sitzt das Thier traurig in der Ecke des Käfigs mit stark gekrümmtem Rücken, frisst nicht. 16 Stunden nach der Impfung fällt es plötzlich auf die Seite, bekommt tonische Krämpfe, die durch Klopfen an den Käfig sich auslösen lassen, und geht nach weiteren 2 Stunden zu Grunde. Auch hier die Todtenstarre ungemein ausgesprochen. Bei der Section findet sich an der Injectionsstelle nur eine kleine Blutborke, sonst nichts Pathologisches. An den inneren Organen lassen sich makroskopische Veränderungen nicht nachweisen. In beiden Pleurahöhlen mässige seröse Ergüsse. An der Lungenoberfläche kleine Ecchymosen. Milz nicht auffällig vergrössert. Coecum und Colon ascendens stark ausgedehnt, kollossale Mengen Kothes enthaltend, der übrige Dickdarm maximal contrahirt. Der rechte M. ilepsoas, weniger der linke blass, leicht zerreisslich.

Aus dem Blute, der Pleuraflüssigkeit, sowie dem Harne der Bacillus in Reincultur züchtbar.

Ergebniss der histologischen Untersuchung eines excidirten Abscesses.

Der Leiche wurde ein ungefähr wallnussgrosser, intacter Abscess vom Oberschenkel entnommen, dessen histologische Untersuchung folgendes Resultat ergab: Die epithelialen Schichten der oberen Wand des Abscesses sind stark verschmälert, die Retezapfen und Papillen vollständig geschwunden. In den oberen Schichten des Corium besteht geringgradige Gefässerweiterung und perivasculäre kleinzellige Infiltration, hie und da Reste umschriebener kleiner Hämorrhagien. In den tiefen Schichten des Cutis, sowie in der Subcutis findet sich ein bis auf die Fascie reichender, und die daselbst befindlichen Gewebe theils zerstörender, theils auseinander drängender Abscess, von welchem aus strangförmige entzündliche Infiltration sich weithin zwischen die Schichten des Bindegewebes verfolgen lässt. In der Nachbarschaft des Abscesses, und zwar sowohl am Grunde als auch an den Seiten desselben finden sich zahlreiche kleinere und grössere Hämorrhagien.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Aetiologie der Hauterkrankung.

Es fand sich also auch in den Hautabscessen der oben [illegible] Bacillus. Auf welche Weise war es aber zur Infection mit diesem Microorganismus gekommen?

Darüber gab uns nun eine Anamnese Aufschluss, welche die Herren Dr. [illegible], Stallarzt in H[illegible]eschowitz bei

Prag, und Dr. Kralowetz, ebendaselbst, die den Patienten vor dessen Spitalseintritt durch längere Zeit behandelten, Herrn Prof. Pick mitzutheilen die Güte hatten. Beiden Herren sei hiemit der wärmste Dank ausgesprochen.

Dieselbe ergab, dass der Kranke durch drei Jahre an sehr heftigen, kolikartigen, mit Erbrechen einhergehenden Schmerzanfällen litt, gegen die ihm öfters Morphiuminjectionen applicirt wurden, da alle verwendeten inneren Mittel den Dienst versagten. Die damals vorgenommene objective Untersuchung des Patienten ergab das Vorhandensein einer flachen, $3^1/_2$ Cm. im Durchmesser fassenden Geschwulst (Lipoma praeperitoneale), welche operativ entfernt wurde. Die Anfälle blieben darauf drei Monate aus, kamen aber später mit gleicher Intensität wieder. Vor zwei Jahren begann nun der Kranke gegen die immer wiederkehrenden Schmerzanfälle sich selbst Morphiuminjectionen mit einer Lösung zu machen, die ihm ein Freund verschaffte. Die letzte Injection machte er sich 3 Wochen vor seinem Eintritte auf unsere Klinik in der Magengegend, wo sich auch, laut Angabe seiner Frau, innerhalb dreier Tage ein rasch zu einem Geschwür zerfallender Abscess entwickelte, dem dann alsbald an anderen Körperstellen derartige brandig zerfallende Geschwüre folgten. — Patient war also ein schwerer Morphinist, und dies erklärt seine hochgradige Kachexie und die kurz vor seinem Tode von seiner Seite gestellte Bitte um eine Morphiuminjection.

Es kam also augenscheinlich durch die Verwendung der unreinen Spritze und der ganz verrosteten Injectionsnadeln, deren Uebersendung wir Herrn Dr. Fähnrich verdanken, 3 Wochen vor dem Tode zu einer Infection der Injectionsstelle an der vorderen Bauchwand mit daran anschliessender Abscedirung derselben, und im Gefolge dieser Infection zu einer Propagation des höchst virulenten Virus an der Haut des kachektischen Individuums mit Bildung secundärer Abscesse. Wir können diese später entstandenen Abscesse als secundäre betrachten, da die 3 Wochen vor dem Tode des Kranken vorgenommene Injection überhaupt die letzte gewesen, welche er sich applicirte. Aus diesen später entstandenen Abscessen

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] bemerkenswerth [illegible] diesem Kran- [illegible] anderen [illegible] dass hier [illegible]

primär die Infection mit diesem Bacillus erfolgte. Es bilden die Bacillen, zu denen der beschriebene gehört, um mit Babes zu sprechen, „offenbar Uebergänge zu den als Proteus bekannten Formen, von welchen sie sich aber durch ihre Form, den Mangel der so charakteristischen massenhaften Schleimbildung, sowie der ungemein mannigfaltigen Formen der Stäbchen, welchen sie ihren Namen verdanken, unterscheiden".

Es ist aber der Befund dieses virulenten Bacillus in den Abscessen dieser schweren multiplen Hautgangrän auch deswegen von grossem Interesse, weil er uns einen eventuellen Anhaltspunkt gibt für die Aetiologie dieser Erkrankung.

Meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Professor F. J. Pick, fühle ich mich verpflichtet, meinen herzlichsten Dank für die Ueberlassung des Falles und für die Förderung meiner Arbeit auszusprechen.

Literatur.

1. Buschke, A. Ueber chronischen Rotz der menschlichen Haut nebst einigen Bemerkungen über die Anwendung des Mallein beim Menschen. Archiv f. Dermatol. und Syphilis. Bd. XXXVI p. 323.

2. Simon. Ueber multiple cachectische Hautgangrän. Verhandl. der medicin. Section der schles. Gesellsch. für vaterländ. Cultur. Sitzung v. 20. Sept. 1878. Ref. im Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. XI 1879 p. 394.

3. Eichhoff. Ueber multiple cachectische Hautgangrän. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. 1880.

4. Strauss. Archive de méd. exper. 1892.

5. Jäger, H. Die Aetiologie des infectiösen fieberhaften Icterus. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XII. 1892.

6. Hauser, G. Ueber Fäulnisbacterien und deren Beziehungen zur Septicämie. Leipzig 1885.

7. Babes und Pop. Ueber Pustula maligna mit secundärer hämorrhagischer Infection, verursacht durch einen specifischen Bacillus. Deutsche medicin. Wochenschrift. 1896. Heft 4.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel [illegible]

Fig. 1. [illegible] Gal-[illegible] [illegible] Zweige [illegible]

Fig. 2. [illegible] der ganzen [illegible]

Fig. 3. [illegible] Länge des [illegible] gezeich-[illegible]

Fig. 4. [illegible] Länge des Stie-[illegible] Nährboden [illegible] Nährboden [illegible] Vergrösserung.

Fig. 5. [illegible] Gram-[illegible] Wasserstrudel-[illegible] natürliche Grösse.

Fig. 6. [illegible] auf einer Glycerinagarplatte: [illegible] seitliche Zweige [illegible] natürliche Grösse.

Reinzüchtung des Gonococcus Neisser in zwei Fällen gonorrhoischer Metastase.

Von

J. Jundell,
Assistenten der medicinischen Klinik Serafimerlazaretet, Stockholm.

Fall I.[1]) G. A. L., 31 Jahre Zimmermann, in die chir. Klinik des Krankenhauses am 10. Sept. 1896 aufgenommen. John Berg hat die Freundlichkeit gehabt mir diesen Fall zu überlassen.

Vor drei Wochen bekam der Pat. Gonorrhoe. Zwei Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus Schmerzen im rechten Fusse, anfangs nur beim Versuche zu stehen oder zu gehen, später auch bei vollständiger Ruhe.

Status den 10./9. Abendtemp. 39·1°. Beständige Schmerzen im rechten Fusse. An der Innenseite des rechten Fussgelenkes eine diffuse Anschwellung, deren grösste Mächtigkeit die Gegend hinter dem Malleolus int. einnimmt, und die nach unten bis zum os cuneiform. I, nach oben bis circa 8 Cm. über die Spitze des Malleolus int. reicht.

Starke Röthung und Empfindlichkeit über der Schwellung. Die Schmerzen am stärksten bei Palpation längs dem Verlaufe der Sehnenscheide des Musc. tib. post., wo auch eine Andeutung zu Fluctuation wahrgenommen wird. Eine unbedeutende Röthung und Schwellung ist auch an der äusseren Seite zwischen dem Malleol. ext. und dem äusseren Rande der Achillessehne zu sehen. Der Fuss wird leicht supinirt gehalten. Sowohl active wie passive Bewegungen mit dem rechten Fusse sind wegen Schmerzen in hohem Masse beschränkt; der Schmerz am stärksten bei auch dem geringsten Versuche zur Abduction oder Pronation. Supination wird viel leichter ertragen.

Reichlicher purulenter Fluss aus der Urethra.

Den 11./9. Morgentemp. 38·3°, Abendtemp. 39·0°.

Den 12./9. Morgentemp. 37·8°. Der Pat. klagt heute über Schmerzen in der rechten Hand. Auf der Dorsalseite des rechten Handgelenks sieht

---

[1]) In der Schwedischen Gesellschaft der Aerzte am 15. Sept. 1896 mitgetheilt.

man [illegible] mit [illegible] Anschwellung mit diffusem Gewebe [illegible] Schmerzen [illegible] Bewegungen im rechten Handgelenk. Bewegungen mit den Fingern verursachen kaum Schmerzen.

[illegible] wurde aus einer Vene in der rechten Ellenbogenbeuge mittelst einer [illegible] Pravaz'schen Spritze ausgesogen. Siehe Untersuchung I.

[illegible] auf [illegible] vorgestern genommen [illegible] Menge [illegible].

[illegible] tibial. post. [illegible]

[illegible] Mus. [illegible] post. dext. wurde heute punctirt, wobei [illegible] aber eine schwach fadenziehende [illegible] erhalten wurde. Siehe Untersuchung II.

[illegible] Abendtemp. 39·2°.

Den 14./9. wurde das rechte Handgelenk punctirt, wobei man eine [illegible] Menge [illegible] nach einer kleinen [illegible] Siehe Untersuchung III.

Den 21./9. Die Schmerzen im Fusse [illegible] Tage nach der Punction [illegible] aber die Schwellung und Röthung hinter dem inneren Malleolus wurde nur wenig geringer. Die Schwellung und Röthung hinter dem äusseren Malleolus [illegible] gesteigert. Deutliche [illegible] hinter dem inneren Malleolus.

Den 24./9. [illegible] Schmerzen und Schwellung im rechten Handgelenke. Die Schwellung um das rechte Fussgelenk immerfort bedeutend. [illegible] wurde aus einer Armvene ausgesogen. Siehe Untersuchung I.

[illegible] 27./9. Schmerzen im rechten Handgelenke heute verschwunden.

Den [illegible]/9. Die Anschwellung und Röthung um den rechten inneren Malleolus hat in den letzten Tagen zugenommen, jetzt aber keine spontanen Schmerzen. [illegible] wurde heute über der Anschwellung gemacht, wobei man in einen in der Längenrichtung des Beines laufenden, circa 10 Cm. langen, [illegible] liegenden H[illegible] eindrang, welcher von dunkelrothen, sehr [illegible] und [illegible] blutenden Granulationen erfüllt war. Dieser Granulationsherd an der Innenseite des Fussgelenkes setzte sich nach aussen fort, in dem lockeren Bindegewebe zwischen der Achillessehne und den tiefen Muskeln verlaufend, und reichte bis in das subcutane Bindegewebe zwischen dem Malleol. ext. und dem äusseren Rande der Achillessehne. Die Granulationen wurden mit scharfem Löffel ausgeschabt. Siehe Untersuchung IV. An der medialen Wand der Sehnenscheide des Musc. tibial. post. waren zwei kleine, unregelmässig begrenzte Defecte, in welchen die Sehne bloss lag. Die Sehne selbst sah etwas aufgefasert aus. Kein Exsudat in der Sehnenscheide. Nirgends eigentliche Eiterbildung. Sublimatausspülung. Jodoformgazetamponade.

Den 12./10. Die Wunde überall mit rothen, nur leicht blutenden Granulationen bekleidet, äusserst geringe Eitersecretion. (Siehe Untersuchung V.) Bei jedem Verbandwechsel [illegible] haften Blutcoagula am Verbande

Den 18./10. Die Wunde wie früher. (Siehe Untersuchung VI.)

Den 30./10. Die Wunde wird jetzt mit Creolinlösung behandelt. Die Granulationen nicht so leicht blutend wie früher. (Siehe Untersuchung VII.)

Den 16./11. Die Wundhöhle bis zu einem zwei Cm. langen Fistelgange reducirt. Der Pat. fängt an zu gehen. Morgentemp. vom 13./9.—11./10. gewöhnlich ein oder einige zehntel Grad über 37·0°, Abendtemp. gewöhnlich ein bis zwei Zehntheile unter 38·0°. Später vollkommen normale Temperatur.

Bakteriologische Untersuchung von den vom Falle I genommenen Proben.

Um Wiederholungen zu vermeiden, will ich schon jetzt anführen, dass die Ascitesagarplatten bei den nachstehenden Untersuchungen nach Kiefer's Vorschrift bereitet wurden. Zu einem Theile inflammatorischen Exsudats (tuberculöse Peritonitis?) oder Ascitesflüssigkeit wurden zwei Theile neutrales Fleischpeptonagar ($3\frac{1}{2}\%$ Agar, 5% Pepton und 2% Glycerin) hinzugesetzt.

Untersuchung I. Untersuchung der am 12./9. und 24./9. entnommenen Blutproben. In beiden Fällen wurde das Blut auf je 4 Platten Ascitesagar ausgestrichen. In den Platten, die nach Verlauf von 48 Stunden untersucht wurden, waren einige Colonien von Staphylococcus pyogenes albus, aber keine Gonococcen vorhanden.

Untersuchung II. Untersuchung des Exsudates von der Sehnenscheide des Musc. tibial. post. Das Exsudat wurde in dünnen Lagen auf Deckgläschen ausgebreitet, wurde energisch mit Anilinwassergentianaviolett gefärbt, einige Male mit Gram's Jodlösung übergossen, während circa 30 Secunden in absolutem Alkohol entfärbt, mit Wasser abgespült und mit stark verdünntem Karbolfuchsin nachgefärbt. Für die mikroskopische Diagnose auf Gonococcen verfahre ich bei der Gram'schen Färbungsmethode in angegebener Weise, was nothwendig ist, wenn man Täuschungen entgehen will. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Präparate wurde eine ziemlich geringe Zahl von Gonococcen angetroffen, theils extra- theils intracellulär liegend.

Die extracellulären lagen theils isolirt, theils in Gruppen von 4—10. Intracellulär lagen sie, in Zahl wechselnd, zwischen

und das überwiegend, in Zellen eingeschlossen. Die freien Gonococcen entweder isolirt oder in Gruppen von 4—10. Die Rundzellen enthielten Gonococcen in einer Zahl von 1—20.

Die Oberfläche von einigen Ascitesagarplatten wurden mit den Granulationen überstrichen. Nach 24 Stunden waren in jeder Platte mehrere hundert Gonococcencolonien zu sehen. Colonien von anderen Bakterien konnten nicht entdeckt werden. Nachdem die Gonococcencolonien sich noch 24 Stunden entwickelt hatten, wurden einige auf einer Rinnensonde aufgefangen und in die Urethra eines Patienten mit Tumor cerebri im letzten Stadium inoculirt. (Siehe unten!)

Untersuchung V. Untersuchung der am 12./10. excidirten Granulationen. Ausbreitung auf Ascitesagar wie bei IV. Nach 48 Stunden Gonococcencolonien zu hunderten, ausserdem aber einige Colonien von Staphylococcus pyogenes aureus und albus.

Untersuchung VI. Die Granulationen, am 18./10. excidirt, wurden wie früher auf Ascitesagarplatten ausgebreitet. Nach 48 Stunden nur zwei Gonococcencolonien, aber zahlreiche Colonien von gewöhnlichen Staphylococcen.

Untersuchung VII. Die Granulationen, am 30./10. excidirt, gaben nach 48 Stunden gewöhnliche Staphylococcen, aber keine Gonococcen.

Inoculation mit Gonococcen vom Falle I.

Einige Gonococcencolonien, von den am 29./9. excidirten peritendinösen Granulationen erhalten, wurden am 1./10. in die Fossa navicularis eines 18jährigen Jünglings im letzten Stadium von Tumor cerebri inoculirt. Der Pat. hatte bei der Inoculation eine Temperatur von 38·2°, welche bis zum Tode beinahe ganz constant blieb. Trotzdem und trotz einer vorhandenen Incontinentia urinae mit continuirlichem Urinfluss, entstand eine starke Gonorrhoe. Die Urethra vor der Inoculation ganz gesund.

Den 2./10. Praeputium etwas geröthet und ödematös; die Schleimhaut der Fossa navicularis lebhaft roth und geschwellt; in der Mündung ein Tropfen gelbweissen, zähen Secrets. Mikro-

skopisch Gonococcen theils frei, theils in Gruppen auf und in den Zellen.

Den 4./10. Das Oedem am Praeputium stärker; reichlichere Secretion; Gonococcen zahlreich, frei und in Zellen.

Den 5./10. Reichlicher purulenter Ausfluss; Gonococcen meist in Zellen.

Den 8./10. Reichlicher purulenter Ausfluss. Culturversuch auf Ascitesagar gab nach 48 Stunden eine sehr grosse Menge typischer Gonococcencolonien.

Der Pat. starb am Abend.

Fall II. P. N., 33 Jahre, Verwalter; in die medicinische Klinik am 8. 10. 1896 aufgenommen.

Vor 5 Wochen Gonorrhoe, vom Arzt mit Einspritzungen behandelt. Nach 14 Tagen geringerer Fluss und nach weiteren 14 Tagen sehr unbedeutender Fluss. Eine Woche vor der Aufnahme ins Krankenhaus fing das linke Knie, nachdem der Pat. an einer lange dauernden Jagd theilgenommen hatte, an zu schmerzen, wurde empfindlich und geschwollen. Alle Bewegungen wurden sehr schmerzhaft. Gleichzeitig Frost und Fieber. Die Tage unmittelbar vor dem Anfange des Gelenkleidens „war der Fluss vollkommen verschwunden und kam nicht mehr wieder".

Status den 8. 10. Abendtemp. 38·5°. Das linke Knie stark geschwollen, die Haut darüber nicht geröthet, Fluctuation, Patella ballotirt deutlich. Active und passive Bewegungen wegen Schmerzen beinahe unmöglich.

In der Urethra eine minimale Menge zähen grauen Schleimes. Probe auf Ascitesagar zeigte nach 48 Stunden eine reichliche Menge gewöhnlicher Staphylococcen, aber keine Gonococcen. Wiederholte Culturversuche mit dem Urethralsecret gaben dasselbe Resultat. Die nur in der ersten Urinportion vorhandenen Fäden, wurden ebenfalls wiederholt durch Culturproben auf Gonococcen untersucht. Das Resultat auch hierbei negativ.

Den 8./10. Probepunction des Kniegelenks, wobei eine deutlich getrübte, etwas schleimige Flussigkeit erhalten wurde. (Siehe Untersuchung VIII.)

Den 13./10. Morgentemp. 36·0°, Abendtemp. 39·0°. Am Abend wurde mittelst steriler Pravaz'scher Spritze 1 Ccm. Blut aus einer Armvene aufgenommen. (Siehe Untersuchung IX.) Das Knie wurde wieder punctirt, wobei eine reichliche Menge Flüssigkeit von derselben Beschaffenheit wie oben erhalten wurde. (Siehe Untersuchung X.) Sublimatinjection ins Gelenk.

Den 17./10. Die Schwellung des Knies zugenommen. Professor Berg machte eine Incision ins Gelenk, wobei circa 75 Ccm. getrübte, mit kleinen grauen Flöckchen untermischte Flüssigkeit ausrann. (Siehe Untersuchung X.) Die Temperatur während der letzten Tage zwischen 38·0° und 39·0°. Wiederholte Blutproben mittelst Stichen in die Finger. (Siehe Untersuchung IX.)

Den 17./11. Der Zustand des Pat. wurde nach und nach gebessert, aber trotz Massage und Gymnastik ist das Knie noch ziemlich steif.

Bakteriologische Untersuchung von den vom Falle II genommenen Proben.

Untersuchung VIII. Das Kniegelenkexsudat am 8./10. erhalten. Keine Gonococcen im mikroskopischen Präparate. Kulturprobe auf Ascitesagar ergab Alles in Allem 20 typische Gonococcencolonien auf 8 Platten, auf welche relativ ansehnliche Mengen Exsudat ausgestrichen worden waren. Ueberimpfung auf Ascitesagar in 16 Generationen. Kein Wachsthum auf den gewöhnlichen Nährböden. Augenblickliche Entfärbung nach Gram.

Untersuchung IX. Die Blutproben, welche bei der Fiebersteigung, die am 13./10. und den folgenden Tagen auftrat, entnommen wurden, wurden auf Ascitesagarplatten ausgebreitet. Nach 48 Stunden sind einige Platten steril, andere enthalten Colonien von gewöhnlichen Staphylococcen; keine einzige Platte enthielt Gonococcen.

Untersuchung X. Die Exsudate, die am 13./10. und 17./10. erhalten wurden, zeigten bei directer mikroskopischer Untersuchung Gonococcen in geringer Zahl, die meisten in Gruppen von 2—10 in Rundzellen eingeschlossen. Einzelne isolirte, extracellulär liegende Gonococcen waren auch zu sehen. Culturproben auf Ascitesagar mit den Exsudaten zeigten nach 48 Stunden eine grosse Zahl Gonococcencolonien, circa 75—100 in jeder Platte.

Inoculation mit Gonococcen vom Falle II.

Am 6./11. wurde in die normale Urethra eines Syphilitikers, der in die syphilidologische Klinik Prof. Welander's im Krankenhause Sct. Göran aufgenommen war, eine zwei Tage alte Gonococcencultur inoculirt, deren Vorfahren aus dem obengenannten Kniegelenke herstammten, von diesem aber drei Thierkörper passirt hatten. Die inoculirte Cultur wurde von einer Colonie erhalten, welche vom Blute der linken Herz-

kammer des letzten Thieres wucherte, nachdem dies Blut auf Ascitesagar ausgestrichen worden war.

Den 7./11. Die Schleimhaut der Fossa navicularis etwas geröthet und geschwollen. In der Urethralmündung ein Tropfen grauen, schleimigen Secrets, das bei mikroskopischer Untersuchung einige isolirte, extracellulär liegende Gonococcen zeigt.

Den 8./11. Spärliches, schleimiges Secret, das nur einige wenige extracelluläre Gonococcen, aber viele Bacillen, die theils intra-, theils extracellulär liegen, enthält.

Den 9./11. Die Secretion viel reichlicher, das Secret weniger zäh, mehr gelb; enthält zahlreiche Gonococcen, welche theils in grosser Anzahl intracellulär in Leukocyten, theils auf der Fläche von Epithelzellen, theils extracellulär liegen. Keine anderen Bakterien zu sehen. Culturprobe auf Ascitesagar zeigt nach 24 Stunden reichliche Zahl von Gonococcencolonien.

Den 10./11. Reichlicher purulenter Fluss, intracellulär liegende Gonococcen in sehr grosser Anzahl. Abortive Behandlung durch Spülungen der vorderen Urethra mit warmen Lösungen von hypermangausaurem Kali 1 : 1000.

Den 13./11. Hat 6 solche Spülungen bekommen. Starkes Oedem im Präputium, Schwierigkeit Urin zu lassen, welche indessen bald verschwand. Dünner, seröser, etwas blutiger Fluss. Im Secrete keine Gonococcen.

Den 21./11. Unbedeutender seropurulenter Fluss; einzelne Gonococcen.

Von den beschriebenen zwei Fällen hat der erste, die gonorrhoische Tendovaginitis, das grösste Interesse, weil es der erste Fall von Tendovaginitis ist, wo die Anwesenheit von Gonococcen in unwiderleglicher Weise durch Reinzüchtung und positiven Inoculationsversuch am Menschen bewiesen worden ist. In der Literatur habe ich drei Fälle von Tendovaginitis gefunden, wo angegeben wird, dass Gonococcen in Sehnenscheide gefunden worden sind. In keinem der drei Fälle wurden indessen Culturversuche auf für Gonococcen zusagendem Nährboden gemacht. Schon dieses macht, dass die Culturversuche in keinem dieser drei Fälle als vollkommen

beweisend angesehen werden kann. Die ausgeführte directe mikroskopische Untersuchung des Inhalts der Sehnenscheiden beweist auch in keinem der drei Fälle vollkommen die Anwesenheit von Gonococcen, weil in einem Falle Färbung nach Gram gar nicht versucht wurde, in den zwei anderen Fällen dagegen Färbung nach Gram zwar angewandt wurde, ohne dass aber angegeben wird, wie hierbei die Gram'sche Methode gehandhabt wurde. Ein Jeder aber, der sich etwas näher mit dem Studium über das Färbungsverhalten der Diplococcen beschäftigt hat, weiss, welch wechselndes Resultat in Betreff ihrer Abfärbung nach Gram man erhalten kann durch eine ungleich langdauernde Einwirkung von Jodjodkalium und Alkohol auf die Präparate. In der letzten Zeit haben mehrere Untersucher die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, wie die Gram'sche Methode angewandt werden soll beim Versuche zur mikroskopischen Diagnose auf Gonococcen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass hierbei Fehler begangen worden sind und von vielen noch begangen werden, was zu einer unzähligen Menge Irrungen bei den klinischen und bakteriologischen Untersuchungen auf Gonococcen Anlass gegeben hat. Indessen will ich die drei angedeuteten Fälle kurz anführen.

Dupré's Fall (1888): $2^1/_2$jähriges Mädchen, bei welchem gonorrhoische Entzündung in den Sehnenscheiden der Extensoren an der Dorsalseite der beiden Hände, secundär nach einer gonorrhoischen Vulovaginitis diagnosticirt wurde. Das durch Punction gewonnene Exsudat zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung Diplococcen, die den Gonococcen mit Hinsicht auf Form und intracelluläre Lagerung glichen. Ihr Verhalten zu Gram wird nicht erwähnt. Die Flüssigkeit wurde auf die gewöhnlichen Nährsubstrate aufgetragen, welche steril verblieben.

Tollemer und Macaigne's Fall (1893). Diagnose: Tendovaginitis Musc. extens. indic. dextr. secundär nach einer gonorrhoischen Urethritis. Das Exsudat enthielt gonococcenähnliche Diplococcen, die sich nach Gram entfärbten. Die Flüssigkeit wurde auf Agar und Bouillon mit positivem Resultate übertragen. Diese letzte Mittheilung macht es zweifelhaft, ob Gonococcen in dieser Sehnenscheide wirklich vorhanden waren.

Jacobi und Goldmann's Fall (1894). Diagnose: Tendovaginitis suppurativa musc. tibial. post. sin., secundär nach einer gonorrhoischen Urethritis. Im Sehnenscheideneiter gonococcenähnliche Diplococcen, die sich nach Gram entfärbten. Culturproben, auf den gewöhnlichen Nährböden gemacht, blieben steril.

In meinem Falle I entstand ein oberflächlich liegender, durch Gonococcen verursachter Abscess oder richtiger Granulationsherd, offenbar per continuitatem von der kranken Sehnenscheide fortgeleitet, welche bei der Incision nekrotisch befunden wurde.

Zweimal früher hat man in unwiderleglicher Weise Gonococcen aus Abscessen rein gezüchtet. Der erste Fall ist der von Paltauf und Horwitz (1893): ein Abscess an der Dorsalseite des linken Metacarpus, der Sehne des Mittelfingers entsprechend, enthielt Eiter und Granulationen; Communication mit der Sehnenscheide oder mit dem Gelenk wurde nicht angetroffen. Culturversuch auf Serumagar nach Wertheim ergab Reincultur von Gonococcen. Der zweite Fall ist von Bujivid (1895): Secundär nach einer Gonorrhoe entstanden vier Abscesse, alle intramuskulär in den Muskeln der Extremitäten liegend. Die Incision liefert spärlichen Eiter, der bei mikroskopischer Untersuchung und Culturprobe auf Serumagar, Gonococcen und keine anderen Bakterien zeigte.

Im Anschluss an meinen Fall II will ich die in der Literatur vorkommenden sieben Fälle von Arthritiden, bei welchen Gonococcen sicher nachgewiesen worden sind, in aller Kürze anführen.

Rendu's Fall (1893). Gonitis. Vielleicht nicht ganz sicher, weil nicht angegeben wird, ob die einzige Colonie, die auf Ascitesagar erhalten wurde, auf den gewöhnlichen Nährböden Wachsthum zeigte oder nicht. Solche Angaben sind um so mehr wünschenswerth, als ich in einem Falle, wo die Diagnose auf gonorrhoische Synovitis (Gonitis) gestellt wurde, auf Ascitesagar drei gonococcenähnliche Colonien von einem Coccus (?) erhielt, der sich augenblicklich nach Gram entfärbte, und der an Form und Anordnung in Diplo- und

Tetraform Gonococcen sehr ähnelte. [1]) Er war aber grösser als der Gonococcus und wuchs in einer Masse Generationen auf gewöhnlichem Agar und in gewöhnlicher Bouillon. Er zeigte auf Agar eine hellgelbe Farbe. Er wuchs rascher bei gewöhnlicher Zimmertemperatur als bei 36°. Bei Aussaat in gewöhnliche Gelatine sah man nach 24 Stunden unter dem Mikroskope kleine, ganz unregelmässige, grobkörnige, mit unregelmässig gezahntem Rande versehene Colonien, die nur langsam an Grösse zunahmen. Die grössten erreichten nicht die Grösse eines Stecknadelkopfes. Die Gelatine wurde nicht verflüssigt. Die Gelatinestichcultur zeigte sich nach einer Woche als ein ziemlich unbedeutender gelblicher Streifen. In gewöhnlicher Bouillon bildete er einen mehr weniger dicken Bodensatz, während die übrige Bouillon klar blieb. Auf Kartoffel kein oder höchst unbedeutendes Wachsthum. Auf Ascitesagar geringeres Wachsthum als auf gewöhnlichem Agar. Seine pathogene Bedeutung für Thiere habe ich noch nicht geprüft. Ich habe ihn mit keinem anderen früher beschriebenen Coccus identificiren können, besonders weil die Angaben über das Verhalten der Coccen zu Gram nicht zuverlässig sind. Der jetzt beschriebene Coccus (?) wird ähnlich wie die Gonococcen augenblicklich nach Gram entfärbt.

Höck's Fall (1893). Gonitis. Der erste ganz sichere Fall.

Weifser's Fall (1894). Coxitis.

Finger, Gohn und Schlagenhaufer's Fall (1894). Multiple Gonococcenmetastasen mit secundärer septischer Infection im Anschluss an eine Blennorhoea neonatorum: Gonitis und angrenzender Abscess am Schenkel mit Gonococcen (in überwiegender Menge) und Streptococcen; Rippenperichondritis mit ausschliesslich Gonococcen; inflammatorisches Oedem am Halse und im Mediastinum; Synovitis articulationis temporomaxillaris mit ausschliesslich Streptococcen; im Blute ebenfalls nur Streptococcen.

E. Neisser's Fall (1894). Synovitis articul. talocrural. Die Culturversuche in diesem Falle beweisen vollkommen, dass

---

[1]) Das Genitalsecret wurde nicht untersucht, weil ich die Patientin nicht selbst gesehen; Luftinfection der Platten kann nicht ganz sicher ausgeschlossen werden.

hier Gonococcen vorhanden waren. Nirgends aber konnte bei Neisser's Pat. ein primärer Infectionsherd gefunden werden, trotz genauer Untersuchung der Urethra (auch mittelst Culturversuch auf Ascitesagar?). Neisser's Pat. verneinte auch bestimmt die Möglichkeit einer gonorrhoischen Infection. Auf dies letztere braucht man ja keine Rücksicht zu nehmen. Mein Fall II, der durch Inoculation an Menschen verificirt wurde, zeigt, dass Gonococcen im Secrete der primären Infectionsstelle fehlen können, obwohl die Metastase erst vor Kurzem eingetreten war.

Bordoni-Uffreduzzi's Fall (1894). Synovitis in einem Fussgelenke. Dieser Fall war vor meinen jetzt mitgetheilten zwei Fällen der einzige, wo die Sicherstellung von Gonococcen in einem metastatischen Herde durch positiven Inoculationsversuch an Menschen bewiesen worden war.

Burci und Respighi's Fall (1894). Gonitis. In diesem Falle konnten am dritten Tage keine Gonococcen in der durch Punction erhaltenen Flüssigkeit, die auf Serumagar überimpft wurde, nachgewiesen werden; am sechsten Tage aber, nach Incision und Ausschabung der Kapsel mit sterilisirtem Finger, konnten Gonococcen im Mikroskope und culturell nachgewiesen werden. Vergleiche hiermit meinen Fall II: nach der ersten Probepunction Alles in Allem 20 Colonien auf 8 Platten, nach der zweiten, 5 Tage später vorgenommenen Punction, circa 10 Colonien in jeder Platte.

Ausser aus Gelenken, Abscessen und Sehnenscheiden ist es bis jetzt gelungen Gonococcen aus pleuritischem Exsudate, Mazza's Fall (1894), aus dem Blute, Thayer und Blumer's Fall (1895), in einwandsfreier Weise rein zu züchten. Im letztgenannten Falle, der bei der Autopsie eine ulceröse, wahrscheinlich durch Gonococcen verursachte Endocarditis zeigte, wurden im Leben Gonococcen im Blute folgendermassen nachgewiesen. Zwei Cm. Blut wurden mit steriler Spritze aus der Vena mediana basilica ausgeholt und mit der doppelten Menge Agar vermischt. Nach 48 Stunden entstanden kleine weisse gonococcenähnliche Colonien, die auf den gewöhnlichen Nährböden kein Wachsthum zeigten. Die Mischung von einem Theile Blut und zwei Theilen

Agar ist ein Gonococcen zusagender Nährboden, was ich selber geprüft habe. Es unterliegt also keinem Zweifel, dass es Thayer und Blumer gelungen ist nachzuweisen, dass Gonococcen die Blutmasse inficiren können. Dasselbe habe ich durch experimentelle Untersuchungen an Thieren bewiesen.[1]) Meine Versuche, Gonococcen aus dem Blute des Menschen reinzuzüchten, sind bisher negativ ausgefallen.

Bei der Erwähnung von Thayer und Blumer's Fall, wo Gonococcen mit dem Mikroskope in den endocarditischen Auflagerungen nachgewiesen wurden, will ich, um hiermit die Aufzählung der gonorrhoischen Metastasen zu vervollständigen, die anderen in der Literatur vorkommenden Fälle von Endocarditis erwähnen, welche auf Grund mikroskopischer Untersuchungen der endocarditischen Auflagerungen mit grösster Wahrscheinlichkeit als auf Gonococcen beruhend angesehen werden können. Es sind dies die von Wilms (1893), Leyden (1893), Councilman (1893, gonorrhoische myocarditis), Winterberg (1894), Finger, Gohn und Schlagenhaufer (1895) und Michaëlis (1896) beschriebenen Fälle.

Die Diagnose gonorrhoischer Endocarditis wurde in allen den angeführten Fällen gegründet auf die directe mikroskopische Untersuchung der endocarditischen Auflagerungen, bei welcher die respectiven Untersucher Diplococcen fanden, welche in Hinsicht auf die Form, intracelluläre Lagerung und die Leichtigkeit, mit welcher sie nach Gram entfärbt wurden, Gonococcen vollständig glichen. Durch Cultur ist es noch nicht gelungen, Gonococcen in endocarditischen Ablagerungen nachzuweisen, aber vielleicht wird es nicht lange dauern, bis ein Versuch nach dieser Richtung gelingen wird. Ist dies geschehen, wird man die Analogie zwischen den Gonococcen und den gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismen vollkommen klar gestellt haben.

---

[1]) Ueber diese Untersuchungen werde ich später Näheres mittheilen.

Lungenembolie bei Injection von Hydrargyrum salicylicum.

Von

Dr. **Bernhard Schulze,**
Arzt für Hautkrankheiten in Kiel.

Die Gefahren der Behandlung der Lues mit Injectionen unlöslicher Quecksilberpräparate sind hinlänglich bekannt. Wenn wir von den sich zuweilen an der Injectionsstelle zeigenden Abscessen und den Intoxicationserscheinungen, wie sie sich bei jeder Quecksilberanwendung zeigen können, absehen, so sind es hauptsächlich die in den meisten Lehrbüchern allerdings nur sehr oberflächlich angedeuteten Erscheinungen von Seiten der Lungen, welche immer wieder das Bedenkliche dieser intramusculären Einverleibung unlöslicher Hydrargyrumpräparate beweisen. Möller[1]) hat nun im dritten Heft des XXXVII. Bandes dieser Zeitschrift in ausführlicher und klarer Weise die bisher veröffentlichten wenigen Fälle von beängstigenden Lungensymptomen bei vorgenannter Therapie zusammengestellt und 28 neue Fälle seiner Praxis hinzugefügt. Auch mir begegnete, gerade als ich die Arbeit Möller's las, ein hierher gehörender Fall, und halte ich es zur Vervollständigung der Statistik derartiger Fälle für angezeigt, diesen hiermit zur Kenntniss zu bringen, da jeder hinzukommende Fall von Neuem auf die Gefahren unserer modernen Behandlungsweise hinweist, welche sich zwar nicht immer gänzlich vermeiden lassen, aber doch bei einiger Vorsicht meistens zu umgehen sind. Ich lasse nun kurz die Krankengeschichte meines Patienten folgen.

W. H., Musiker, 32 Jahre alt, bisher völlig gesund, stellte sich am 18. Sept. 1896 in meiner Sprechstunde mit einem typischen Ulcus durum im Sulcus coronarius vor. Der inficirende Coitus hatte vier Wochen vorher stattgefunden, weitere Erscheinungen von Lues waren noch nicht vorhanden. Im Laufe der nächsten Wochen entwickelten sich in regelrechter Weise die gewöhnlichen Symptome der Syphilis: Die Drüsen schwollen überall indolent an, Angina specifica, Plaques im Munde und Kopfschmerzen stellten sich ein, und am 29. October war ein allgemeines

maculo-papulöses Exanthem deutlich ausgeprägt. Während die Behandlung bisher in der üblichen Weise in Bedecken des Primäraffects mit Emplastrum hydrargyr. bestanden hatte, wurde am 29./X. die Allgemeinbehandlung in Angriff genommen, und zwar wurden aus verschiedenen Gründen Einspritzungen des unlöslichen Quecksilberpräparates Hydrarg. salicyl. 1,0 : 10,0 Paraffin. liquid. gewählt, welche ich in Zwischenräumen von 5—8 Tagen in der bekannten Weise jedes Mal ein Ccm. intramusculär anwandte. Patient vertrug die Injectionen sehr gut, klagte nicht über Schmerzen, die Infiltrate an den Einstichstellen über den Glutäen waren wenig fühlbar, die Symptome der Lues wichen schnell.

Am 16./XI. injicirte ich in den linken Glutaeus die vierte Spritze besagter Lösung, und verliess Patient, wie sonst auch, ohne Schmerzen meine Wohnung. Sofort auf der Strasse überfiel ihn aber ein heftiges Schwindelgefühl, verbunden mit Schüttelfrost, so dass er sich an der Hausthür festhalten musste; es folgten ein langer, heftiger Hustenanfall und Erbrechen, sowie starke stechende Schmerzen in der linken Lungengegend, besonders hinten und unten, so dass Patient nach seiner Angabe kaum im Stande war zu athmen. Es gelang ihm nun, mit Hilfe eines Vorbeigehenden die Strassenbahn zu erreichen und nach Hause zu kommen, wo er sofort das Bett aufsuchte. Die Nacht verlief schlaflos unter starken Schmerzen in der linken Lunge und fast ununterbrochenen Hustenanfällen, auch will Patient starkes Fieber gehabt haben. Am nächsten Morgen benachrichtete mich der Kranke von diesem Vorfall, und fand ich bei meinem Eintreffen den Patienten in einem recht elenden Zustande vor. Der Husten hatte sich zwar etwas gelegt, aber von Zeit zu Zeit traten doch noch recht starke Anfälle auf, der Auswurf war sehr gering und ohne blutige Beimischung. Die Athmung war beschleunigt und sehr oberflächlich, da Patient nur schwer und mit starken Schmerzen athmen konnte, der Schmerz war einseitig links und wurde besonders als hinten und unten angegeben. Der objective Befund der Lungen ergab nirgends eine Dämpfung, nur hinten links unten hörte man deutlich ausgeprägte, nicht sehr starke Rasselgeräusche, sonst liess sich an den Lungen nichts nachweisen, auch das Herz war völlig normal. Die Temperatur war Morgens 39·2, Abends 39·3. Die Urinuntersuchung zeigte weder Eiweiss noch sonstige Anomalien. Am nächsten Tage (18./XI. 1896) hatte sich der Zustand unter absoluter Ruhe und nassen Umschlägen auf die linke Seite wesentlich gebessert, zwar waren die Schmerzen beim Athmen noch ziemlich heftig, auch die Temperatur war noch erhöht (Vm. 38·8, Ab. 38·4) aber der Husten hatte gänzlich aufgehört, Patient hatte Appetit und fühlte sich im Allgemeinen besser.

19./XI. Temperatur Vm. 38·0, Ab. 37.8. Schmerzen geringer, Athmung leichter, Rasselgeräusche nicht mehr hörbar.

20./XI. Temper. Vm. 37·5, Ab. 37·7. Noch geringe Schmerzen, sonst keine Symptome.

Die Schmerzen wichen in den nächsten Tagen völlig, so dass Pat. nach einiger Zeit wieder ausgehen konnte.

Am 7./XII. 1896 setzte ich dieselbe unterbrochene Behandlung fort, indem ich nun genau darauf achtete, bei der Injection keine Vene zu berühren, was ich vorher bisweilen versäumt hatte. Patient erhielt dann noch einige Injectionen und wurde am 21. Januar 1897 nach Einverleibung von im Ganzen 1,2 Gr. Hydrargyr. salicyl. (12 Spritzen) als vorläufig symptomfrei entlassen. Kurz hinzufügen möchte ich noch, dass während der gesammten Behandlungsdauer sich niemals Erscheinungen von Stomatitis oder Enteritis zeigten.

Es kann sich nach meiner Meinung im vorliegenden Falle nur um eine Lungenembolie handeln, welche voraussichtlich in Folge der Verschleppung eines Paraffinpfropfes oder Quecksilberpartikelchens in die Lunge auf der Venenbahn entstanden ist. Die ganzen Erscheinungen, welche fast unmittelbar nach der Injection auftraten (es waren höchstens fünf Minuten verstrichen), lassen wohl kaum eine andere Deutung zu, und sind ja auch ähnliche Fälle in beschränkter Zahl beobachtet worden, ich erinnere z. B. unter anderen an den ersten von Lesser[2]) mitgetheilten Fall, in welchem sich fast genau dasselbe Bild zeigte. Lesser deutet diese Erscheinungen als embolischen Lungeninfarkt, entstanden durch Injection des ungelösten Quecksilbersalzes in eine Vene.

Auch Quincke[3]) berichtet über das „Auftreten entzündlicher Erscheinungen im Respirationsapparat" in sieben Fällen, doch traten die Erscheinungen in diesen nie so unmittelbar nach der Injection ein wie in meinem Fall, nur in Fall 5 und 7 werden die Erscheinungen von Seiten der Lunge bereits als am Injectionstage selbst aufgetreten angegeben, und vergleicht Quincke die Erscheinungen mit den ersten Zeichen einer beginnenden Pneumonie. Im Uebrigen decken sich die Krankheitssymtome fast gänzlich mit denen des vorliegenden Falles. Zu bemerken ist, dass es sich in den Quincke'schen Fällen ebenso wie in denen von Watrazewski[4]) und Lindström[5]) um Injectionen von Hydrargyrumpräparaten mit Oel statt Paraffin. liquid handelt, und ist darauf vielleicht das langsamere Eintreten der Lungenerscheinungen zurückzuführen. Die Oedmansson'schen,[6]) die sämmtlichen Möller'schen und der vorstehende sind durch Paraffinemulsionen entstanden, so dass er also in der Sache selbst ziemlich indifferent erscheint, welches der beiden Vehikel verwandt wird. Dass es sich aber bei den Lungensymptomen weniger um eine Quecksilberintoxication als

um Circulationsstörungen embolischer Natur handelt, scheint mir durch die eingehenden Versuche **Möller's** erwiesen, welcher ja embolische Erscheinungen am Thier auch lediglich durch Injection von Paraffin oder Gummi arabic. ohne Zusatz irgend eines Hydrargyrumpräparates erzielte, wenngleich nicht geleugnet werden kann, dass der Quecksilberzusatz erschwerend wirkt, und vielleicht gerade durch die Verbindung des Hydrargyr. mit dem Vehikel grössere Pfröpfe verschleppt werden, als wenn das Vehikel allein in die Venenbahn gelangt. Wären die Erscheinungen lediglich Zeichen einer Intoxication, so wäre es doch wahrscheinlich, dass sich noch andere Symptome derselben, wie Stomatitis, Enteritis u. s. w. früher oder später bemerkbar gemacht hätten, was in meinem Falle z. B. absolut nicht eintrat.

Ich kann mich daher den Anschauungen **Möller's** im Allgemeinen nur anschliessen und das von **Blaschke**[7]) vorgeschlagene Verfahren „nach Einstich der Nadel erst abzuwarten, ob sich keine Blutung an der Canüle (oder in derselben) zeigt, und nur dann, wenn dies nicht der Fall ist, die Injection auszuführen" als sicheres Mittel empfehlen, um derartigen unangenehmen und gefahrdrohenden Zufällen zu entgehen, wie sie sonst leicht eintreten können und eingetreten sind. Beachtet man diese Vorsicht, so ist die intramuskuläre Injection unlöslicher Hydrargyrumpräparate, welche ich der von **Neisser** ausgeübten subcutanen vorziehe, nicht mehr zu fürchten als jede andere Quecksilberanwendung und kann nach wie vor in der Syphilistherapie ihre bleibende Stelle behalten, da sie oft die einzige Applicationsart bildet, welche angewandt werden kann.

Literatur.

1. **Möller**, Magnus. Ueber Lungenembolie bei Injection von unlöslichen Quecksilberpraparaten. Archiv f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. Heft 3 p. 344.
2. **Lesser**. Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph. 1888 p. 909 ff.
3. **Quincke**. Berl. klinische Wochenschr. 1890 p. 401.
4. **Watraszewski**. Archiv f. Derm. u. Syph. 1889 p. 835 ff.
5. **Lindström**. Med. Rundschau. 1890.
6. **Oedmansson**. Nord. med. arkiv. 1891. Bd. XXIII. Nr. 23.
7. **Blaschko**. Deutsche med. Wochenschr. 1892 p. 965.

Aus der Münchener chirurgischen Klinik.

Ueber Alopecia congenita.

Von

Privatdocent **Paul Ziegler,**
I. Assistenzarzt.

(Hierzu Taf. X, XI u. XII.)

Durch Zufall gelangte ich vor 1 Jahre zur Beobachtung eines interessanten Falles von angebornem gänzlichem Haarmangel bei einem 17jährigen Mädchen, dessen Vater ich an einer Hydrocele behandelt hatte. Dasselbe war nach Aussage der Eltern gänzlich haarlos, im übrigen völlig normal entwickelt, zur Welt gekommen, als das jüngste von 11 Geschwistern, die ebenfalls alle normal entwickelt waren und auch bezüglich des Haarwuchses keine Abnormitäten zeigten. Weder Eltern noch Grosseltern noch jemand in der übrigen Verwandtschaft weisen irgend eine Anomalie des Haarwuchses auf. Seit dem Eintritt der Periode im 13. Lebensjahre treten alle 4 Wochen am Hinterhauptshöcker ein kleines Büschel schwarzer Haare auf, die nach 4 Tagen mit dem Aufhören der Periode wieder verschwinden; ungefähr seit derselben Zeit soll sich ein leichter Flaum an den Wangen gebildet haben. Vor 1 Jahre traten einige wenige Haare an den Augenbrauen und an den Lidern von normalem Aussehen auf. Seit kurzem bemerkte Patientin beim Waschen leichten Anflug von Wollhaaren an beiden Vorderarmen.

Das kräftig entwickelte Mädchen ist von gutem Ernährungszustande, zeigt abgesehen von den Haaren keinerlei Abnormitäten, insbesondere sind Zähne und Nägel normal entwickelt; nur das physische Verhalten ist etwas scheu und ängstlich. An den Augenbrauen und Lidern sind einige spärliche, normal aussehende Haare, zartes Wollhaar an beiden Wangen

und Vorderarmen, sonst entbehrt der ganze Körper incl. Kopf, Scham und Achseln jeglichen Haarwuchses. An beiden Oberarmen, an den Schultern und Oberschenkeln findet sich allenthalben reichlicher Lichen pilaris, aber auch nach Abkratzen der Epidermis und Betrachtung mit der Lupe ist kein Haar dort zu entdecken. Durch viele Bemuhungen gelang es mir, von der sehr ängstlichen Patientin die Erlaubniss zu erwirken, dass ich ein kleines Hautstückchen aus der Kopfschwarte in der Scheitelgegend behufs mikroskopischer Untersuchung excidiren durfte. Die kleine Wunde heilte per primam.

Die mikroskopische Untersuchung des Hautstückchens zeigte normal entwickeltes Epithel mit reichlichen Papillen, dagegen fehlten in sämmtlichen Schnitten, in welche das ganze Stückchen zerlegt wurde, sowohl Haare als Haarpapillen, bei Vorhandensein reichlicher, gut entwickelter, zum Theil mehrfach verzweigter Talgdrüsen, welche die verschiedensten Stadien der Zellentwicklung darboten und deren Ausführungsgänge mit normalem geschichtetem Plattenepithel in kleine trichterförmige Einsenkungen des Oberflächenepithels mündeten.

In der Nähe der Talgdrüsen, meist an deren Basis, stets entfernt vom Oberflächenepithel, finden sich vereinzelte, spärliche Epithelschläuche mit weitem meist kreisrundem Lumen; das Epithel besteht aus 4—6 Schichten, an der Basis niedriges Cylinderepithel, nach innen zu abgeplattete polygonale Zellen in 3—5facher Lage, die äusseren weisen neben den Kernen Eleidinkörner auf, die inneren sind zum grössten Theil kernlos. Innerhalb des Lumens findet man an verschiedenen Stellen vereinzelte kernlose Zellcontouren und Detritus, nie aber Spuren von Haare, obwohl die Schnitte alle zur möglichsten Schonung in Paraffin eingebettet und aufgeklebt behandelt wurden.

Diese Schläuche, die ein viel weiteres Lumen als normale Haarwurzelscheiden zeigen, sind gewunden, denn man findet manchmal mehrere Lumina dicht nebeneinander, zum Theil noch durch Epithel verbunden, und scheinen gegen die Oberfläche geschlossen, wenigstens habe ich nirgends Ausmündungen gesehen, nur ein paarmal konnte ich kleine Epithelstreifen von der Nähe der Lumina nach oben ziehend erkennen.

Die Schläuche sind von circulär angeordneten Bindegewebszügen umhüllt, in deren Gegend glatte Muskelfasern einmünden, die den Mm. arrectores pil. entsprechend mächtig entwickelt von der Oberfläche schräg nach der Tiefe gegen die Talgdrüsen und die Schläuche ziehen. Glatte Muskelfasern findet man auch in der Umgebung der Schweissdrüsen, welch' letztere in normaler Häufigkeit und Lage, von normaler Form sowohl was Drüse als Ausführungsgang betrifft, sich finden.

Gemäss der Anordnung des Bindegewebes, der Muskelfasern, der einzelnen Epithelschichten, besonders auch nach dem Vorhandensein der durch Carminfärbung deutlich sichtbaren Eleidinkörner in der auf das Cylinderepithel folgenden Schicht müssen die Epithelschläuche wohl als Reste der äusseren Haarwurzelscheide aufgefasst werden, obwohl nirgends eine Spur von Papille, von innerer Haarwurzelscheide oder Haar gefunden werden konnte.

Ich ordinirte anfangs der Patientin Arsenik in Form der Pilul. asiaticae, dann gab ich ihr Schilddrüse frisch und in Pastillen, doch entzog sich die Patientin nach ca. 2 Monaten meiner Beobachtung, ohne den mindesten Effect erreicht zu haben.

Vor kurzem sah ich sie vorübergehend wieder, der Zustand war völlig unverändert, nur am rechten Knie konnte ich 2 je 1 Cm. lange wohl entwickelte, schwarze Haare, die sich bei leichtem Zug schon ausziehen liessen, constatiren.

Da in den meisten gebräuchlichen Lehrbüchern diese merkwürdige Anomalie des angebornen Haarmangels nur kurze Erwähnung als seltenes Vorkommniss findet, bemühte ich mich für Aetiologie, Prognose und vielleicht auch für die Therapie aus der Casuistik der bisher bekannten Fälle Gewinn zu ziehen.

Bei Hippocrates und Procopius[1]) sind schon viele Fälle von angeborenem Haarmangel beschrieben.

Danz[2]) erwähnt 2 erwachsene Personen, wo nebst den Haaren auch die Zähne fehlten, Steining[3]) ein Geschwisterpaar, das am ganzen

[1]) Hebra und Kaposi. 1876. II. Bd. p. 143.

[2]) Ibid. Archiv f. Geburtshilfe. Bd. 4 p. 684.

[3]) Frorieps Notizen. 26. Bd. Nr. 4.

Körper kahl war, bei normalem Zahnbefunde; auch Augustin[1]) berichtet von angebornem Haarmangel.

Rayer[2]) hat einige Fälle von angeborenem Haarmangel und Ausbleiben des Haarwuchses auch in späterer Zeit beobachtet; er beschreibt einen 32jährigen Mann, der bei der Geburt gänzlich haarlos war, jetzt zwar am Kopfe eine grosse Zahl sehr kleiner, äusserst feiner, farbloser Haare aufwies, doch fehlten an den Lidern die Wimpern, der Bart spärlich, statt der Augenbrauen nur einige sehr feine und kurze Haare, an Brust, Scham und Achseln nur einige Haare, dagegen zahlreiche an der Innenseite der Unterschenkel.

Thurnam[3]) überliefert uns von 2 leiblichen Vettern, Geschwisterkindern, die beide mit totalem Defect der Haare geboren, zur Heilung gelangten unter gleichzeitiger beträchtlicher Verspätung der Zahnentwickelung. Fuchs fand bei neugebornen Kindern einzelne Partien der übrigen mit Haaren versehenen Kopfhaut unbehaart.

Nach Hill sollen einige Rassen in Australien völlig kahl sein. Pareydt[4]) demonstrirte einen 48jährigen Mann, der völlig zahn- und haarlos war, nur im Gesicht fand sich reichlicher Backenbart, dagegen in den Achseln, am Haupte und an der Scham nur Flaumhaare. Seine Grossmutter mütterlicherseits hatte weder Haare noch Zähne.

Miclucho-Maclays[5]) hat 2 völlig haarlose Australier untersucht, die muthmasslich von einer behaarten Mutter und einem unbehaarten Vater stammten. Diese hatten 5 Kinder: die ältesten 2 Töchter waren unbehaart, ebenso wie der Sohn, die 2 jüngeren Töchter waren normal behaart. Die eine unbehaarte Tochter hatte 2 normal behaarte Kinder. Die eine unbehaarte Tochter und der Sohn wurden von Miclucho-Maclays untersucht: nur die Augenlider, beim Manne auch der Nasenrücken, wiesen einige rudimentäre Härchen auf, sonst nirgends eine Spur. Die Zähne waren normal.

Besonderes Interesse erregt die Veröffentlichung von Schede[6]) über 2 haarlos geborne Geschwister, einen 13jährigen Knaben und ein 6 Monate altes Mädchen, wo jede Spur von Haaren, auch Wollhaar vermisst wurde. 2 Geschwister, ebenso die Eltern sind völlig normal; die Kinder sind durchaus gehörig entwickelt. Die mikroskopische Untersuchung eines Stückchens aus der Kopfhaut des Knaben ergab: grosse normale Talgdrüsen, in halber Höhe derselben oder tief neben oder unter dem Grund der Talgdrüsen, aber fast ausnahmslos in ihrer unmittelbaren Nähe liegen eine grosse Anzahl von kleineren und grösseren, durch Bindegewebe von den Talgdrüsen scharf abgegrenzten Atheromen, rudi-

[1]) Asklepieion. Jahrg. 1812. H. 3.
[2]) Rayer's Darstell. der Hautkrankh. nach Stannius. Berlin 1839.
[3]) Med. chir. Transact. Volum. XXXI. 1848 p. 71.
[4]) Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde. Nr. 2. 1886.
[5]) Zeitschrift für Ethnologie. 13. Bd. 1881.
[6]) Archiv f. klin. Chir. 1872 p. 158.

mentären Anlagen der äusseren Haarwurzelscheiden, mit denen sie im Bau übereinstimmen; sie finden sich immer nur in den tieferen Schichten der Cutis. Schweissdrüsen sind normal entwickelt, ebenso die mm. arrector. pil., welche als breite Bündel von der Gegend der Mündung einer Talgdrüse gegen den Grund der nächsten ziehen und hier sich gerade um die Atherome verästeln. Von einem Haar oder ausgebildetem Haarbalg ist nirgends etwas zu sehen.

Jones und Atkins[1]) haben ebenfalls die mikroskopische Untersuchung der Haut eines haarlos gebornen Kindes vorgenommen und spärliche Abortivformen von Haarfollikeln gesehen.

Quilford[2]) berichtet von einem 48jährigen Manne, der völlig zahnlos war, im Gesicht zwar einen Backenbart trug und reichlich Haare an der Achsel und an der Scham aufwies, am Haupt aber nur spärliche Flaumhaare, an der übrigen Haut fehlten die Haare und am ganzen Körper völlig die Schweissdrüsen, selbst an vola und planta.

Von Luce[3]) stammt eine Mittheilung über ein Mädchen, das völlig kahl bei glatter Haut auf die Welt gekommen war; im Alter von 6 Monaten wurde die Haut uneben, höckrig, im Alter von 6 Jahren begannen spärliche Haare, aber viel dicker als normal zu spriessen, was später noch mehr zunimmt; die Haut bietet das Bild einer Xerodermie.

Hutchinson[4]) beobachtete einen Knaben von 3½ Jahren mit angeborner völliger Kahlheit; seine Mutter war in Folge einer im 6. Lebensjahr auftretenden Alopecie völlig kahl geworden mit abnormer Trockenheit der ganzen Haut.

Molènes[5]) verdanken wir folgende Veröffentlichung: Ein im übrigen normal entwickeltes Mädchen war nach Aussage der Eltern, abgesehen von einem kaum sichtbaren Flaum und einigen Wollhaaren statt der Cilien völlig kahl zur Welt gekommen; die Haut im übrigen normal, auch Nägel gut ausgebildet. Mutter und ein Bruder des Mädchens hatten im Alter von 19 und 6 Jahren zeitweilig an Haarschwund gelitten, sind aber völlig gesund geworden. Die spärlichen Cilien fielen im Alter von 5 Monaten aus ohne neuen Ersatz. Im Alter von 16 Monaten gelangte es in Behandlung von Molènes, der einen completen Haarmangel constatirte. Die Haut ist glatt, ausserordentlich weiss zahlreiche Drüsenausführungsgänge mit der Lupe zu erkennen, an den Lidern einige Flaumhaare, keine Conjunctivitis. Bezahnung normal. 5 Monate nach Einleitung der Behandlung (Waschungen mit Lösungen von ac. salicyl., mit Sublimatalkohol, Milchsäure und Einreiben verschiedener schwach reizender Salben) zeigten sich die ersten Haare; jetzt nach

[1]) Dublin Journ. Med. Sc. 1875 p. 200.
[2]) Wiener med. Woch. 1883. Nr. 37.
[3]) Thèse de Paris 1879. Rech. sur un cas très curieux d'alopecie.
[4]) Lancet 1886 p. 923.
[5]) Annal. de derm. et de syph. 1890 p. 548.

3½ Jahren besteht normaler Haarwuchs mit Ausnahme eines kleinen Fleckes hinter dem linken Ohre

Aubry [1]) beobachtete eine angeborne Alopecie bei einem 18jährigen Knaben, wo der Haardefect sich nur auf den Kopf und hier nur auf die Gegend der Knochennähte beschränkte, und zwar fanden sich 2 haarlose Streifen entsprechend der Coronarnaht, eine entsprechend der Lambdanaht. Der Schädel von normalem Umfang, aber ungleichmässig. Aubry glaubt, dass ein gewisser Grad von Hydrocephalie vorgelegen hat, der geheilt ist.

In einem Fall von Fordyce [2]) bei einem 4jährigen Mädchen sollen bei der Geburt nur einige Haare vorhanden gewesen sein, die sehr bald nachher ausfielen; einige Haare an den Augenbrauen sind noch geblieben. In der Familie keine Heredität.

Von Abraham [3]) erfahren wir folgende Mittheilung: Eine 33jährige Frau wies einen völligen Haardefect an den Augenbrauen, Armen, Beinen und am Stamm auf, spärlichen Haarwuchs am Kopf, Scham und Achseln. Sie soll mit langem Flaum zur Welt gekommen sein, aber auch dieser sei bald ausgefallen. Bis zum 18. Jahr sei sie völlig kahl gewesen, ohne jegliches Haar am Körper, bis sich nach und nach der schwache Ersatz an den erwähnten Stellen zeigte. Patientin war seit 9 Jahren verheiratet und hatte 2 Kinder von 5 Jahren und 15 Monaten; beide wurden mit spärlichem Haar geboren, das nach 3 Monaten ausfiel; gegenwärtig sind beide Kinder ganz kahl.

In der Soc. franc. de Dermat. et de Syph., Sitzung vom 10./XI. 1892 [4]) wurden 2 Fälle von angeborner familiärer Alopecie mit Rosenkranzmissbildung der Haare vorgestellt, wobei von Tenneson auf den Zusammenhang mit der Keratosis pilaris hingewiesen wurde.

Bei Joseph [5]) finde ich einen Fall von Schultz angeführt: einem 35jährigen Manne mangelte jeglicher Haarwuchs bis auf 10 um die Mundwinkel gruppirte 1—1½ Cm. lange Härchen.

Bei der Durchsicht der vorliegenden Literatur ergibt sich, dass das Krankheitsbild des angeborenen Haarmangels durchaus kein einheitliches ist; zu einer präcisen Eintheilung jedoch genügen die bisherigen spärlichen mikroskopischen Untersuchungen keineswegs. Um den angeborenen Haardefect scharf abzugrenzen von dem erworbenen in seinen verschiedenen Formen, wäre es zweckmässig, den Namen Alopecie, den in strengem Sinne das Ausfallen schon vorhandener Haare be-

---

[1]) Annal. de Dermatologie. 1893.

[2]) Journ. of cut. and gen. ur. dis. März 1895.

[3]) Brit. Journ. of Derm. April 1895.

[4]) Monatshefte f. prakt. Derm. 1892 p. 618.

[5]) Lehrbuch der Hautkrankh. Berlin 1892.

deutet, hier ganz fallen zu lassen und die schon von anderen vorgeschlagene Bezeichnung Atrichia oder Oligotrichosis oder nach Bonnet's Vorschlag congenitale Hypotrichosis allgemein einzuführen. Um einen absoluten Haarmangel handelt es sich in den wenigsten Fällen, meist befindet sich ein schwacher Flaum an der einen oder anderen Region oder er war wenigstens bei der Geburt vorhanden, wenn er auch bald nachher verschwand. Neben dem über dem ganzen Körper ausgedehnten, universellen, mehr oder minder völligem Defecte der Haare gibt es nun auch angeborene umschriebene Atrichien, für die ich als Beispiel den Fall von Aubry in Erinnerung bringen möchte, wo der partielle Haardefect entlang den Knochennähten verlief.

Was nun die verschiedenen Formen der Atrichien anlangt, so gibt es Fälle, wo die Entwicklungsstörung im ganzen Epidermoidalgebilde Platz gegriffen hat, wo also neben den Haaren, auch die Zähne, Hautdrüsen und Nägel in der Ausbildung zurückgeblieben sind oder gänzlich fehlen, und zwar bei vorhandener und fehlender hereditärer Belastung; dies gehört jedenfalls zu den grössten Seltenheiten und was den Hautdrüsendefect betrifft, ist der Fall von Quilford wohl bis jetzt ein Unicum. Das Fehlen der Haare allein nun kommt vor bei ganz gesunden Kindern ohne hereditäre Belastung, wie die Beobachtungen von Schede und mir zeigen, oder bei Kindern, deren Eltern entweder selbst mit Atrichie zur Welt gekommen sind oder im Laufe des späteren Lebens den Haarverlust erlitten haben. In letzterem Falle kann jede Spur einer Hauterkrankung beim Kinde fehlen oder es kann die Xerosis pilaris oder Ichthyosis, die bei den Eltern schon den Haarausfall bedingte, sehr bald nach der Geburt auch beim Kinde zum Vorschein kommen.

Für die in den Lehrbüchern als ätiologisches Moment angeführte Syphilis habe ich in den aufgefundenen Krankengeschichten keinen Beleg finden können; dagegen ist wohl die Möglichkeit von nervösen Einflüssen zuzugeben insbesondere in derartigen Fällen, wo die Atrichie sich z. B. nur auf die Gegend der Knochennähte beschränkt.

Die mikroskopischen Untersuchungen, welche nur die Fälle von Schede und auch den von Jones und Atkins betreffen, bieten nun ein mit meiner Beobachtung fast völlig übereinstimmendes Bild: bei wohl ausgebildeten Talgdrüsen unterhalb derselben abgeschnürte äussere Haarwurzelscheiden ohne Spur einer inneren Haarwurzelscheide, eines Haares oder einer Haarpapille, mit weiten, zum Theil von Epitheldetritus erfüllten Höhlen, während Schweissdrüsen und Mm. arrectores pil. in normaler Weise entwickelt sind. Dass die ursprüngliche Anlage des Epithelzapfens, aus dem das Haar sich entwickelt hat, eine normale war, geht daraus hervor, dass die ebenfalls aus dem Epithelzapfen hervorspriessende Talgdrüse eine normale Entwicklung erlangt hat, dass der Drüsenausführungsgang völlig der normalen äusseren Haarwurzelscheide entspricht, dass in den den Basalzellen benachbarten Zellen der abgeschnürten Drüsenschläuche noch Eleidinkörner zu finden sind. Die Ursache für das Ausbleiben des Haarwuchses muss, da die ganze Umgebung, Drüsen, Haarmuskeln, normal entwickelt sind, in einer localen Veränderung der äusseren Haarwurzelscheide und zwar da der Ausführungsgang der Drüse normal ist, in seinem unterhalb derselben gelegenen Theil begründet sein. Während unterhalb der Einmündung der Drüse normaler Weise Stratum granul. und Hornschicht fehlen, sind hier selbst in den erweiterten Schläuchen noch die Eleidinkörner vorhanden und die innersten Epithellagen erscheinen kernlos, abgeplattet wie Hornzellen. Der reichliche Zerfall der übermässig producirten Zellen kann eine Verstopfung des unteren Theiles der Haarwurzelscheide bewirken und so analog der Bildung der Atherome bei verstopften Talgdrüsenausführungsgängen, eine Verengerung, eine Abschnürung der untersten Partien der Haarwurzelscheide entstehen, ehe noch die Papille gebildet ist. Vom klinischen Standpunkte aus ist nun nicht anzunehmen, dass alle Fälle angebornen Haardefectes ein ähnliches Bild wie die erwähnten bieten, sondern dass es sich in manchen, besonders denen, die in kurzem Heilung oder Besserung erfahren, nur um ein verspätetes Wachsthum der im übrigen normalen Haaranlagen handelt. Dafür, dass thatsächlich eine völlige Abschnürung stattgefunden hat, spricht neben der

starken Erweiterung der nur in den tieferen Schichten der Cutis sich findenden Schläuche das Fehlen von Ausmündungen an der Oberfläche trotz Durchsuchung zahlreicher Schnitte. Von der Beschaffenheit der Haaranlage ist die Prognose abhängig und diesbezüglich würden wir natürlich den sichersten Aufschluss durch das Mikroskop bekommen. Nach der Erfahrung ist die Prognose der universellen Atrichie im allgemeinen keine schlechte, da man ja noch nach 18 Jahren Heilung eintreten sieht. In unserem Falle, wo die Haaranlage wenigstens in dem untersuchten Stück sehr spärlich erfolgt scheint und völlige Abschnürung besteht, kann auf Besserung nicht gehofft werden, so ferne die histologische Beschaffenheit am ganzen Körper in gleichem besteht. Partielle Atrichie hat von vornherein eine schlechte Prognose, was z. B. bei dem Falle von Aubry nicht auffällig erscheint.

In den Fällen, wo es sich um ein einfaches verspätetes Wachsthum, meist in Verbindung mit erschwerter Dentition handelt, wird die Therapie mit schwach reizenden Wassern oder Salben Erfolge erweisen. In einem Falle von Abraham soll durch Fütterung mit Schilddrüse Besserung eingetreten sein, ebenso durch Behandlung mit einem constanten Sauerstoffspray nach einer Empfehlung von Stocker's. Auch ich habe versucht, durch Schilddrüsenfütterung Besserung zu erzielen, allein die Patientin entzog sich bald meiner Behandlung und ich glaube nicht, dass sie durch das Wegbleiben von der Behandlung sich einen wesentlichen Schaden zugefügt hat.

Herrn Prosector Dr. Böhm, der in gewohnter Liebenswürdigkeit die mikroskopischen Befunde revidirte, spreche ich auch auf diesem Wege meinen besten Dank aus; ebenso Herrn Privatdocenten Dr. Barlow für die gütige Ueberlassung seiner reichhaltigen Bibliothek.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel X, XI u. XII.

I. Senkr. Schnitt durch die Haut. *A A* O_1 Boden Zeiss. *a* Talgdrüse. *b* Querschnitt eines Epithelschlauches. *c* Arrector pili, der einerseits zum Epithelschlauch, anderseits zur Talgdrüse zieht.

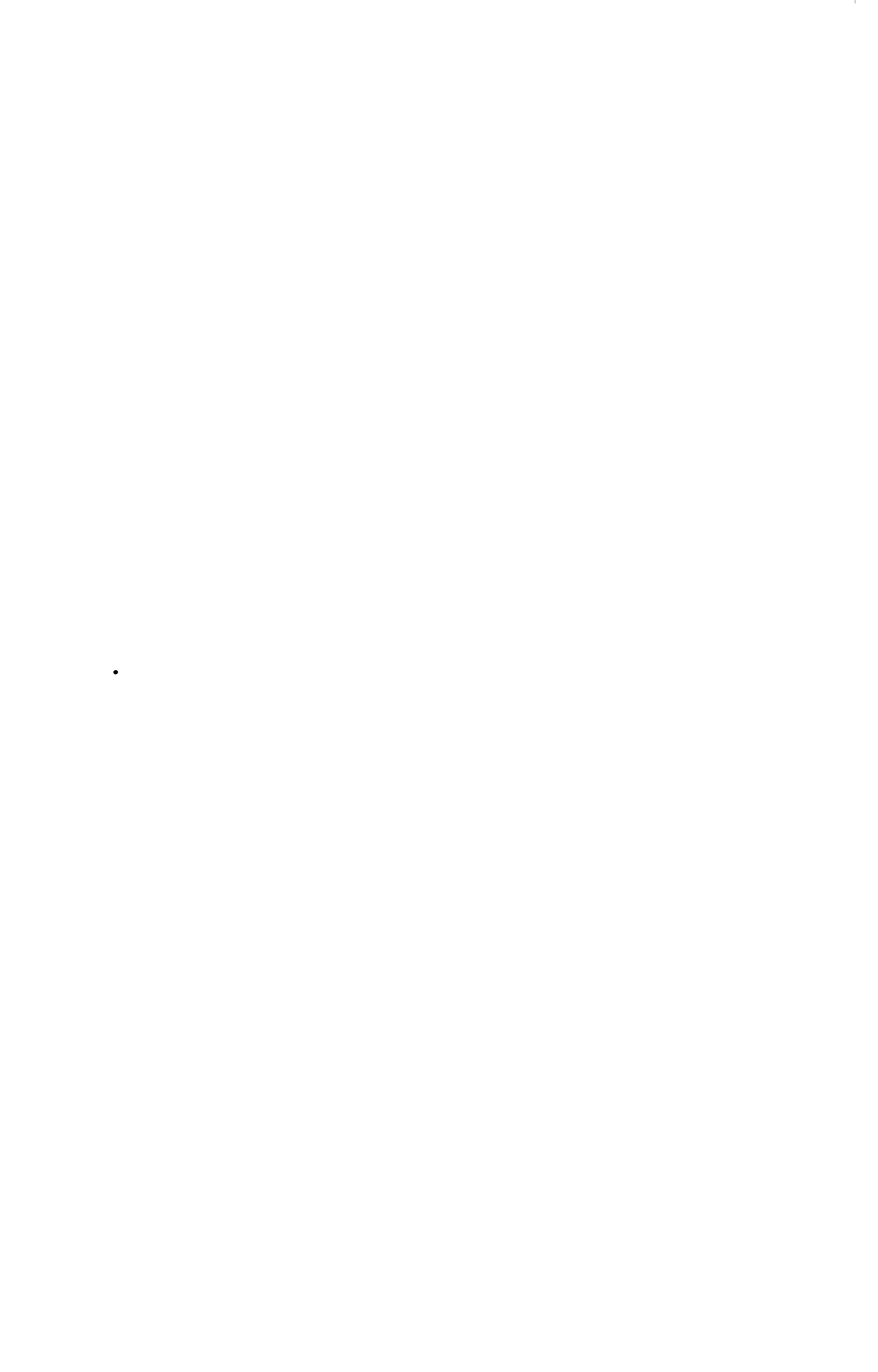
II. Senkr. Schnitt durch die Haut. *A A* O_1 Boden Zeiss. *a* Talgdrüse. *b* Zwei nahe aneinander liegende Durchschnitte eines Epithelschlauches. *c* glatte Muskelfasern. *d* Schweissdrüse.

III. Leicht schräg getroffener Querschnitt eines Epithelschlauches. Immers. Oc. 2. Aussen die Basalzellen, dann polygonale Zellen mit Eleidinkörnern in den Kernen, dann abgeplattete, zum Theil kernlose, verhornte Zellen.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen des Vereines Ungarischer Dermatologen und Urologen.

Sitzung vom 24. September 1896.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Török.

I. Josef Sellei. Fall von Filaria medinensis. Patient, Mitglied einer sich in Budapest aufhaltenden Neger-Colonie, ist in Afrika — Acria — geboren; von der 180 Köpfe zählenden Truppe litten 9 an der Filaria; bei allen diesen konnte er den Wurm im subcutanen Bindegewebe finden; über das Vorhandensein desselben im Bindegewebe anderer Organe hat er keine Erfahrungen. Am häufigsten, so auch beim demonstrirten Kranken kommt die Filaria an den unteren Extremitäten vor, seltener anderswo; so sah er dieselbe in einem Falle im subcutanen Bindegewebe des Scrotum. In allen diesen Fällen, so auch hier, entwickelte sich die Affection folgendermassen: eine anfänglich haselnuss-, dann wallnussgrosse fluctuirende Geschwulst war unter der Haut zu tasten; dieser locale Process verursachte keine grössere Reaction im Organismus, es war auch dieser selbst von keiner grösseren Temperaturveränderung begleitet; auch bedeutendere Schmerzen traten nicht auf, es waren die Kranken nur bei Bewegungen und beim Gehen gehindert.

Der Tumor kam in der zweiten oder dritten Woche seines Bestandes zur Abscedirung, brach auf; in der geringen Eitermenge zeigte sich ein Ende der Filaria, welche die Kranken selbst hervorzuziehen pflegten und um das Zerreissen derselben und ein Zerstreuen der dadurch befreiten Eier zu verhindern, auf ein Stäbchen aufwickelten; binnen 8 bis 10 Tagen wird der Wurm auf diese Weise in toto entfernt, und es stellt sich an der Stelle des Geschwüres die Restitution sehr rasch her. Die Geschwulst übt manchmal, theils wegen ihrer Grösse, theils weil sie 2—3, ja sogar mehr Filarien enthält, einen Druck auf die darunter befindlichen Blutgefässe aus, wodurch Stase und Oedem auftritt: so war es bei einem Kranken, welcher auf die erste interne Klinik des Herrn Prof. Korányi kam. Bei diesem war die rechte untere Extremität vom Knie abwärts verdickt und wies eine auf Druck empfindliche fluctuirende Geschwulst auf, welche incidirt, grosse Menge blutigen Eiters (zwei 8 bis 10 Cm.) und Filaria entleerte.

II. Schwimmer. Tuberculosis cutis. O. J., 37 Jahre alter Vergolder. Seine Mutter starb an Tuberculose. Im Januar 1896 bemerkte er an der Schleimhaut seiner Nase empfindliche Exulcerationen, welche sich mit Krusten bedeckten. Bald darauf röthete sich und schwoll die Haut der Nase an, so dass er die dermatologische Klinik aufsuchte. Hier wurde seine Nase scarificirt. Danach wurde die Röthe und Anschwellung der Nase noch stärker. Kein Schmerz. Status praesens: Die Nase, besonders im Querdurchmesser, vergrössert, gedunsen, bläulichroth. Die Hautveränderung begrenzt sich mit verwaschenen Rändern nach aufwärts gegen die Nasenwurzel. Auf beiden Nasenflügeln sind stecknadel- bis hanfkorngrosse bläulichrothe Knötchen sichtbar, von welchen einige unter der verdünnten Haut einen eiterähnlichen Inhalt aufweisen. Links von der Nasenspitze sieht man eine durch Confluiren der kleinen Läsionen entstandene, in der Mitte eingesunkene Erhebung von Thalergrösse. Die Knötchen sind weich, unempfindlich. Aehnliche Knötchen am Naseneingange und an der Oberlippe. Eine grössere Erhebung von etwa ½ Cm. im Durchmesser auf dem rechten Nasenflügel. Noch ist zu erwähnen, dass der Kranke seit Jahren hustet; Percussionsschall über der Lungenspitze links gedämpft; rauhes Ein- und Ausathmen. Gegen Lupus vulgaris spricht die rasche Entwicklung und die überaus weiche Consistenz der Knötchen; gegen Syphilis der Mangel der anamnestischen Daten und der Umstand, dass während des 9 Monate langen Bestandes kein Zerfall der Knoten aufgetreten war, sowie der Mangel sonstiger syphilitischer Veränderungen; gegen Acne spricht das Ausbleiben einer raschen Vereiterung und der Mangel der der follicularen Eiterung nachfolgenden Narben. Schw. nimmt an, dass es sich hier um einen tuberculösen Process handelt.

S. Róna: Dem Wesen nach ist wohl ein tuberculöser Process vorhanden, von klinischem Standpunkte muss aber im vorgestellten Falle Lupus vulgaris diagnosticirt werden.

Marschalkó hält den Fall ebenfalls für Hauttuberculose.

Schwimmer betont nochmals, dass das weiche Gewebe gegen Lupus spricht.

III. Schwimmer: Lues hereditaria tarda. Sch. A., 12 Jahre altes Mädchen. Ihre Eltern leben und sind gesund, ebenso 3 Geschwister; drei andere sind gestorben (2 an Diphtheritis). Seit 5 Jahren entwickelt sich an der Vorderfläche des oberen Drittels der linken Tibia ein Knoten, der sich allmälig vergrössert. Zu gleicher Zeit entstand ein zweiter Knoten am Ulnartheil des Unterarms. Dieser Knoten zerfiel vor zwei Jahren zu einem Geschwür. Die Nase ist seit etwa einem Jahre verschwärt, ebenso ihre Schleimhaut, das Septum narium ist im Laufe des letzten Jahres zu Grunde gegangen. Zur selben Zeit war auch die Mitte der Oberlippe und die Wange in der Gegend des rechten Mundwinkels geschwürig zerfallen. Letzteres Geschwür ist zugeheilt. Vor 1½ Jahren ein Augenleiden, welches mit Lichtscheu einherging. Kein Ohrenleiden. Status praesens: Bohnen- bis linsengrosse Geschwüre an den Nasenflügeln mit aufgeworfenen Rändern und gelblich eitrigem Grunde, Nasenschleim-

haut geschwellt, mit Geschwüren bedeckt. Die Nasenscheidewand fehlt. Ein kleines Geschwürchen auf der Oberlippe. In der Nähe des rechten Mundwinkels und auf dem Kinn je ein mit einer Kruste bedecktes Geschwürchen. Auf der Wange in der Nähe des linken Mundwinkels eine 10 Cm. lange, 3 Cm. breite, unregelmässige Narbe. Der mittlere Theil der linken Ulna ist verdickt; über der Verdickung ein bohnengrosser, von einer Kruste bedeckter Substanzverlust inmitten einer thalergrossen, röthlichen Narbe. Auch die rechte Ulna ist in leichterem Grade verdickt. An der linken Tibia querhandbreit unterhalb der Patella eine harte, kindsfaustgrosse Knochenverdickung. Difformirte Schneidezähne.

Havas: Die Fälle von sogenannter Syphilis hereditaria tarda sind eigentlich Fälle von spät auftretender tertiärer Syphilis, und man hat es in diesen Fällen keineswegs mit den ersten Manifestationen der Syphilis zu thun.

Schwimmer glaubt, dass diejenigen nicht Unrecht haben, die der Ansicht huldigen, dass die ersten Manifestationen einer ererbten Syphilis spät auftreten können.

IV. Justus: Lichen ruber planus et corneus. Frau W. J., 27 Jahre alt. Vor 3 Monaten erkrankt. Die ersten Efflorescenzen traten an den Unterarmen auf; typische Planuspapeln zerstreut über die ganze Körperoberfläche. Bloss Gesicht, behaarter Kopf, Handflächen und Fusssohlen sind freigeblieben. Stellenweise, besonders an den Unterextremitäten, Bildung von Plaques, welche mit dicker Hornschicht bedeckt sind. Weissliche, punktförmige Knötchen am weichen Gaumen, weisse linienförmige Auflagerungen auf der Wangenschleimhaut.

V. Justus: Syphilis papulosa universalis.

VI. Justus: Gruppirtes kleinpapulöses Syphilid auf den Unterschenkeln.

VII. Justus: Cicatrices lueticae frontis, facici, nasi et folliculitis syphilitica.

VIII. Justus: Seltenere Form der Syphilis auf der Nase. P. J., 37jähriger Schuhmacher. Auf dem Nasenrücken ist eine braunrothe, in der Mitte narbige, am Rande aufgeworfene, in der Mitte eingezogene Veränderung sichtbar, welche den ganzen Nasenrücken einnimmt. Unterhalb des linken Auges nur auf der Oberlippe je ein halbkreuzergrosses, mit aufgeworfenen Rändern versehenes und feine, weissliche Granulationen aufweisendes, scharf begrenztes Geschwür sichtbar.

Schwimmer diagnosticirt hier keine Syphilis, sondern Lupus erythematodes.

Török hält den Fall für Syphilis. Gegen Lupus vulgaris spricht die Abwesenheit von typischen Lupusknötchen, das späte Auftreten des Leidens, gegen Lupus erythematodes die tief eingezogenen Narben (statt der flachen Atrophien des L. eryth.) und die Geschwüre.

Marschalko hält den Fall für Lues.

Justus: Das Blut des vorgestellten Kranken zeigte nicht die von ihm beschriebene Reaction des Hämoglobingehaltes nach Injection eines Quecksilbersalzes. Er wird eine antiluetische Behandlung inauguriren.

Schwimmer hält seine Diagnose Török gegenüber trotz der Gegenwart der Geschwüre aufrecht. Die locale Anwendung von Emplciner. beeinflusst auch den Lupus erythematodes und soll bei der Entscheidung der Frage durch therapeutische Massnahmen nicht angewendet werden.

IX. Schwimmer stellt den schon einmal demonstrirten Kranken mit Neurodermitis papulosa pigmentosa mit neuen Eruptionen nochmals vor.

X. Aschner (aus der Poliklinik des Dr. S. Róna): Sclerosis init. mammae; Lues congenita? Frau B. J., 30 Jahre alt, ist seit 1¼ Jahren verheiratet, gebar ihr erstes Kind (das demonstrirte) am 15. Mai 1896 an der geburtshilflichen Klinik. Dasselbe wurde dort für eine Frühgeburt erklärt. Die Pat. war bis dorthin immer gesund gewesen, hatte keine venerische oder syphilitische Erkrankung durchgemacht. Auch an dem Neugeborenen war in der ersten Woche nach der Geburt kein Zeichen von Syphilis wahrnehmbar. In der 6. Woche nach der Geburt bekam das Kind ein Bläschen an der Oberlippe, welches sich in ein Geschwür umwandelte. Einige Wochen später trat bei dem Kind ein Ausschlag auf. Die Mutter nahm vor 6 Wochen an ihrer linken Brustwarze ein Geschwür wahr, seit einigen Tagen hat sie Kopfschmerz und einen Ausschlag (Roseola). Der Vater wurde ebenfalls untersucht; dieser leugnet jemals Syphilis gehabt zu haben. Auch waren keine Zeichen einer abgelaufenen Syphilis nachweisbar. A. dachte kurze Zeit, es in dem vorgestellten Falle mit einer Ausnahme von dem Collès-Baumés'schen Gesetze zu thun zu haben. Er hält es jetzt aber für erwiesen, dass das Kind durch eine extragenitale Infection die Syphilis acquirirte und seiner Mutter weitergab.

S. Róna schliesst sich dieser Auffassung an.

XI. Justus: Localisation des Quecksilbers im Blute. Im Laufe seiner Blutuntersuchungen gelangte Vortragender zur Frage, welche Elemente des Blutes es seien, mit denen sich das intravenös eingeführte Hg in erster Reihe verbinde (Plasmaalbumen? rothe, weisse Blutkörperchen?). Erst wurden Versuche an Gesunden vorgenommen, um das Sublimat aufzufinden. Das centrifugirte Blut ergab drei Schichten. Aussen lagen die rothen Blutkörperchen als dunkelrothe Säule, deren Mitte bei manchem Blute am centralsten Theile grau erschien, entsprechend der Stelle, wo die specifisch leichteren weissen Blutkörperchen zu liegen kamen. Oberhalb der weissen Blutkörperchen sind weisse Fibrinknäuel oder -Fäden zu sehen, welche schon in die vom Serum gebildete centralste Schichte hineinragen. Ich vermuthete das Hg zuerst im Fibrin, welches ich also vorsichtig heraushob, um seinen inneren, von der rothen Blutkörperchenschicht unberührten Theil zu untersuchen. Das vom Serum mittelst destillirter Kochsalzlösung befreite, aus einigen Proben zusam-

mengesammelte Fibrin wurde mit der empfindlichen und complicirten Ludwig'schen Methode auf Hg untersucht, u. zw. mit negativem Resultat, trotzdem auf einige Ccm. Blut 2—3 selbst 4 Mgr. Hg eingespritzt wurden, das 30- bis 40fache, also der Empfindlichkeitsgrenze der Ludwig'schen Probe. Das reine, mittelst Pipette gesammelte Serum erwies sich auch als frei von Hg; sind aber 5—10 Mgr. zur Injection in das abgesperrte Venengebiet verwendet worden, so zeigten sich doch Spuren von Hg im Serum, die also bei Einführung von zu grossen Mengen im Serum zurückgeblieben sein mussten.

Die rothen Blutkörperchen wurden vom Serum vorsichtig befreit und mit der Fürbringer'schen Methode behandelt. Sie enthielten immer Quecksilber, gleichviel ob wenig (½ Mgr.), oder viel (10 Mgr.) in die Vene eingespritzt worden war, nur der Ueberschuss verblieb im Serum. Ich untersuchte auf diese Weise den Hg-Gehalt der rothen Blutkörperchen bei intravenös eingeführtem Hg an ca. 40 Personen. Es war noch zu entscheiden, ob das Hg, welches in der Schichte der rothen Blutkörperchen vorfand, an die rothen Blutkörperchen gebunden sei, oder ob nicht vielleicht das Hg mit irgend einem Albumen einen unlöslichen Niederschlag bilde, welcher beim Centrifugiren immer in die Schichte der rothen Blutkörperchen mit hineingeschlagen wird. Es müsste also ein mikroskopischer Beweis erbracht werden dafür, dass es die einzelnen rothen Blutkörperchen selbst es sind, die das Hg enthalten, respective es gebunden haben. Ich gelang nach vielen Versuchen zu folgendem Verfahren: Nachdem das Blut intravenös mit Sublimat gemengt war, wurde mit der Spritze aspirirt und ein Ehrlich'sches Präparat bereitet, wobei darauf geachtet wird, dass die Blutkörperchen nicht zerstreut neben einander, sondern in dicke Schichten zu liegen kommen, da solche Stellen die makroskopische Beobachtung erleichtern. Das an der Luft getrocknete Präparat kommt auf einige Stunden bei 120°—130° in die Trockenkammer. Bringen wir das Stammochlorid in überschüssiger Menge mit irgend einem Hg-Salz, z. B. mit Hg-Chlorid oder mit Hg-Oxyd zusammen, so reducirt er das Hg-Salz erst in Oxydulsalz, dann in reines Hg nach folgenden Formeln:

$$2\,HgCl_2 + SnCl_2 = HgCl_2 + SnCl_4$$
$$Hg_2Cl_2 + SnCl_2 = 2\,Hg + SnCl_4$$

Warf ich also das Präparat in Stammonchloridlösung, so konnte ich bald bemerken, wie das bis dahin rothe Hämoglobin zerstört wird, was auch das Spektroskop beweist. Nehme ich nun das Präparat aus dem Stammochorid heraus, wasche es mehrmal mit einer sehr verdünnten Salzsäurelösung und mit destillirtem Wasser und betrachte es unter dem Mikroskope, so erscheint es bei mässiger Vergrösserung grau durch zahlreiche schwärzlich-graue Trümmer und Körnchen, die nichts anderes sind als das gebildete reine Hg, wie dies auch der in obigen Formeln ausgedrückte chemische Eprouvette-Versuch zeigt. Einen zweiten Beweis für die Natur dieser Körnchen als reine Hg ergibt folgendes Verfahren: Das Präparat wird in geschlossenem Gefäss auf 24 Stunden in pulverisirtes Jod

g[illegible] Das Präparat [illegible] J[illegible] [illegible]-braun, es [illegible] Jod mittelst [illegible] W[illegible] werden und nun [illegible] [illegible] statt der früheren grauen [illegible] [illegible] [illegible] und [illegible] Zeichen [illegible], dass das reine Hg unter [illegible] der J[illegible] Hg-[illegible] übergegangen ist, welches, wenn wir das Präparat zu weiteren [illegible] J[illegible] aus dem Präparat [illegible] werden. Zur Bestimmung der Localität [illegible] Hg [illegible] im Präparat [illegible] wir das Hg in Hg-Jodid überführt haben, [illegible] wegen [illegible] Farbe, wegen [illegible] V[illegible] [illegible] Sichtbarkeit unter [illegible] M[illegible] Hg-Jodid [illegible] Veränderung anderer u. zw. [illegible] Farbe [illegible] werden, um unter dem Mikroskop [illegible] werden. Geben wir das Präparat zu diesem Zwecke in eine frisch bereitete Schwefel[illegible], so wird es nach kurzer Zeit braun, sogar schwarz, was [illegible] auffallend ist an den Stellen, wo die rothen B[illegible] in dieser Schichte über einander liegen. Bei [illegible] starker Immersion [illegible] Zeiss objectiv [illegible], compens. oc. [illegible] 4 sieht man nun, dass die rothen Blutkörperchen als farblose, scharf contourirte Ringe ihre Gestalt beibehalten haben, dass aber in diese farblosen Z[illegible] [illegible]schwarze kleine Körnchen und [illegible] Trümmer eingestreut sind. Das sind die Hg-Sulfidkörnchen, in die der Schwefelwasserstoff das Hg-Jodid überführt hat. Auch sind diese schwarzen Körnchen [illegible] ausserhalb der Blutkörperchenleiber zu finden, wie in den [illegible] Stellen, wo das Serum an die Glasplatte antrocknete. Wir können auch Stellen beobachten, wo kleinere oder grössere [illegible] sich so an einander lagern, dass sie Zellformen nachahmen. Das sind die weissen Blutkörperchen, die in grossem Masse mit Hg-Sulfid belegt sind. Nicht alle rothen Blutkörperchen enthalten Körnchen Hg-Sulfid, nur die meisten von ihnen. Ob die andern keines abbekommen haben, oder ob der Fehler noch am Prapariren liegt, vermag ich nicht zu entscheiden. Jedenfalls scheint es mir nach alldem für entschieden, dass das in die Vene eingespritzte Sublimat, respective Hg durch die rothen und weissen Blutkörperchen gebunden wird, sich mit dem Albumen derselben vereinigt und so in die Circulation gelangt.

XII. Török: Ueber die Bedeutung der ekzematösen Hautläsion und über die allgemeinen Reactionen der Haut. T.'s Schlussfolgerungen sind, wie folgt: 1. Die verschiedensten diluirten und abgeschwächten Reize rufen auf der Haut reactive Reizerscheinungen (congestive Hyperämie, Oedem, Extravasation von Blutzellen, mässige Wucherung der fixen Gewebszellen und subjective Symptome: Schmerz, Jucken etc.) hervor. 2. Etwas stärkere Reize verursachen dabei noch Veränderungen der Epidermis, welche bei minderen Graden der Einwirkung blos als Verhornungsanomalie mit Abschuppung, bei höheren Graden aber schon als colliquative Veränderungen in Erscheinung treten (Hautläsion des schuppenden und nässenden Ekzems, oder schuppende und

nässende Ekzematisation, Hautläsion der Dermatitis arteficialis mit ausgebreiteten colliquativen Veränderungen). 3. Bei längerer Einwirkung von mässigen Reizen entsteht eine gleichmässige leichte Hypertrophie der Epidermis und Papillarschichte (die Lichenisation). 4. Alle diese Hautveränderungen stellen die allgemeinen Reactionen der Haut auf mehr oder weniger abgeschwächte Reize verschiedenster Natur dar. Ihre Entwicklung geschieht unter pathologischen Verhältnissen viel rascher und leichter. Die unmittelbare Ursache spielt dabei bloss die Rolle des auslösenden Momentes, während die Reactionsform durch einen präformirten Mechanismus der Haut und durch die disponirenden Momente gegeben wird. 5. Das Jucken spielt bei vielen von ihnen eine wichtige Rolle als disponirendes Moment. So z. B. bei jenen Hautläsionen, die man Lichenisation, Prurigo und Ekzemknötchen zu nennen gewohnt ist. Aber diese „Syndrome" d. h. dieses Miteinandergehen des Juckens mit gewissen Hautläsionen ist bloss ein specieller Fall des Gesetzes, das wir ausgesprochen haben. Wenn Jucken und bestimmte andere prädisponirende Momente vorhanden sind, dann ruft das Kratzen — als Folge des Juckens — mit Leichtigkeit die Hautveränderungen hervor, welche den allgemeinen Reactionen der Haut zukommen. 6. Diese Hautveränderungen allein genügen nicht, um eine Krankheit zu charakterisiren, sie können demnach auch nicht die Basis einer Diagnose liefern. Mangels besserer, wesentlicherer Zeichen können sie ausnahmsweise und provisorisch dazu dienen, um nach ihnen Krankheitsgruppen zu bilden. S. Róna.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Vereinigung.

Sitzung vom 2. Februar 1897.

Vorsitzender: Lassar. Schriftführer: Joseph.

I. Löwenstein stellt aus der Ledermann'schen Poliklinik einen Fall von Lichen ruber planus vor, der nach Arsen unter sehr beträchtlicher Pigmentbildung geheilt ist.

II. Löwenstein stellt aus der Ledermann'schen Poliklinik einen Fall von intensivem Icterus bei einer Patientin mit frischer Lues vor. Die Leber überragt um drei Finger Breite den Rippenrand, sie ist ebenso wie die Gallenblase druckempfindlich. L. glaubt, da der Icterus bereits etwas abgenommen hat, dass es sich um eine Papelbildung im ductus choledochus handelt.

III. Bruhns stellt aus der Klinik von Prof. Lesser zwei Fälle von der zum Unterschied von der Glossitis gummosa von Fournier mit dem Namen Glossitis sclerosa belegten Affection vor. Bei beiden Patienten mit syphilitischen Antecedentien entstand eine mässige Schmerzhaftigkeit der Zunge, zu welcher sich später eine immer mehr zunehmende starke Anschwellung hinzugesellte. Dazu traten Abschilferungen und Geschwüre. In dem einen Falle war auch die eine Wange in gleicher Weise befallen. Beim Herausstrecken der Zunge sieht man, dass dieselbe stark verdickt und die Oberfläche höckrig ist. Die Consistenz ist in Folge festen Narbengewebes hart. Den Geschwüren liegen keine gummösen Processe zu Grunde, sondern dieselben sind durch Irritationen der verschiedensten Art entstanden: Speisereste, die in den Rissen und Furchen der Zunge liegen blieben, ferner Tabak, scharfe Getränke u. s. w. In dem einen Fall war das Aussehen der Geschwüre fast carcinomartig. Es ist nicht zu erwarten, dass sich durch die Behandlung die Verdickung zurückbildet, da consolidirtes Narbengewebe nicht mehr zur Norm zurückkehren kann. Nur das Auftreten von neuen Infiltraten kann vielleicht verhindert werden.

Lesser erwähnt, dass nach der Ansicht französischer Autoren Einspritzungen von Calomel in diesen Fällen am besten wirken. In Folge

dessen sollen auch die beiden Patienten dieser Behandlung unterworfen werden. Auch er ist der Meinung, dass der Zustand im Wesentlichen unverändert bleiben wird.

Lassar glaubt zwar, dass diese Form der Glossitis allerdings sehr hartnäckig ist, dass aber, da ursprünglich Gummata vorhanden waren, dieselbe häufig wiederholten Behandlungen durch Inunctionscuren zugänglich ist.

IV. Joseph stellt einen Patienten von 15 Jahren vor, der das ausgeprägte Bild eines über den ganzen Körper verbreiteten Lupus darbietet. Besonders die Ohren, das Auge und die oberen Extremitäten sind von der Hauttuberculose befallen. Im allgemeinen kann man drei Entstehungsarten für diese Affection unterscheiden: 1. Infection von aussen; 2. hämatogene Uebertragung und 3. Fortpflanzung der Tuberculose auf die Haut von den unterliegenden Geweben. In dem vorgestellten Falle hat der Patient im 9. Lebensmonat eine fungöse Entzündung des rechten Ellenbogengelenks, deren Narben deutlich sichtbar sind, durchgemacht. Doch hat sich hierzu möglicherweise noch eine Infection von aussen hinzugesellt. J. hatte im März vorigen Jahres ein junges Mädchen mit derselben Affection vorgestellt. Nach einer Inunctionscur war bei derselben das Leiden unter Zurücklassung von Narben geheilt. Da in diesem Fall ein Leucom in Folge einer vorangegangenen Keratitis parenchymatosa besteht, so hat J. bereits eine Inunctionscur begonnen, und Hals und Gesicht mit Praecipitatsalbe behandelt. Schon jetzt ist eine bedeutende Besserung zu constatiren. Höchst wahrscheinlich liegt eine Mischinfection vor.

V. Rohna: Ueber Urticaria mit Pigmentbildung. Im November vorigen Jahres kam in die Klinik von Joseph ein 25jähriger Mann, welcher seit 7 Jahren an einer Urticaria litt, die mit Hinterlassung von braunen Flecken verlief. Am Körper waren zahlreiche Pigmentflecke von verschiedener Grösse abwechselnd mit normalen Hautstellen zu sehen. An den pigmentirten Stellen gelang es durch Reiben Quaddeln hervorzurufen. Die Diagnose wurde auf chronische Urticaria mit Pigmentbildung gestellt, zum Unterschiede von der Urticaria pigmentosa, welche schon in der frühesten Jugend auftritt und 10 bis 12 Jahre dauert, um auf der Höhe der Entwicklung 4 bis 5 Jahre stationär zu bleiben. Die mikroskopische Untersuchung im vorgestellten Fall ergibt ein deutlich ausgeprägtes Infiltrat, welches aus mononucleären Zellen besteht. Mastzellen sind fast gar nicht vorhanden. Nebenbei findet sich eine beträchtliche Neubildung von Bindegewebselementen, welche deutlich das Zeichen einer chronischen Stauung tragen. Papillen und Lymphgefässe ebenso wie die Blutgefässe sind erweitert; die Epidermiszapfen sind verlängert, die Intercellularräume von Lymphe durchtränkt. Ferner sieht man ähnliche Cysten, wie sie Behrend beim Pemphigus acutus beschrieben hat. Pigment war nur spärlich in den untersten Schichten des Choriums vorhanden. Das Ergebniss der Untersuchung besteht also namentlich in dem Mangel an Mastzellen. Dieser Befund beweist deut-

lich, dass diese Affection von der Urticaria pigmentosa getrennt werden muss.

Joseph betont, dass man sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch diese beiden Formen streng auseinander halten muss. Pick hat einen Fall von Urticaria pigmentosa mit Blutungen beschrieben. Auch Blaschko hat einen ähnlichen Fall beobachtet. Diese Formen dürften sich aber mehr dem Erythema exsudativum multiforme anreihen.

VI. Meissner. Ueber Kataphorese. Unter Kataphorese versteht man den merkwürdigen Vorgang, dass der elektrische Strom an der Anode flüssige Leiter durch eine feucht poröse Zwischenwand hindurchströmen lässt.

Dieses Gebiet ist von du Bois-Reymond, Hermann und Munck bereits bearbeitet worden. Es gelingt mittelst dieser Methode Jodkali, Strychnin etc. in die Haut einzuführen. Vor allen Dingen ist es aber nothwendig, dass, um eine erfolgreiche Wirkung zu Stande zu bringen, der Strom im Optimum seiner Zeit seine Richtung wechselt. Zu diesem Zweck hat M. eine Uhr construirt, durch welche der Strom von 5 zu 5 Minuten immer wieder eine andere Richtung nimmt. Allerdings gelingt die Einführung auch mit dem constanten Strom ohne Wechsel, aber in einem verhältnissmässig viel geringeren Grade als mit dem gewendeten Strom. M. demonstrirt 2 Kaninchen, von ziemlich gleichem Gewicht, welche das eine der Einwirkung des constanten, das andere derjenigen des gewendeten Stroms unterworfen wird. Bei beiden kommt eine 4%ige Strychninlösung zur Anwendung. Beim ersten Thier zeigen sich nach einiger Zeit erhöhte Reflexe, bei dem andern tritt sehr bald unter Krämpfen der Exitus ein. Warum der Strom gewendet werden muss, zeigt sich am besten an einem Cylinder aus coagulirtem Eiweiss, an dem man nachweisen kann, dass durch die Kataphorese die Flüssigkeit in dem dem Strom unterworfenen Theil des Cylinders ausgetrieben wird, so dass eine Austrocknung eintritt, welche der weiteren Wirkung des Stroms hinderlich ist. Ebenso verhält es sich beim thierischen Gewebe. M. zeigt ein Modell, welches aus einer Glasröhre mit eingeschmolzenen Platin-Iridiumstäbchen besteht und welches für die Behandlung mit Sublimat bestimmt ist. Beim Menschen ist es nur nothwendig, die betreffenden Lösungen in die Lymphbahnen zu bringen. Von hier aus findet dann die Ueberführung der in Anwendung gezogenen Medicamente in den Organismus statt. Praktisch dürfte sich die Methode bei Infectionserregern, die in der Tiefe der Epidermis liegen, bewähren. Man kann auf diese Weise Sublimat bis in die Cutis einführen. Durch dieses Mittel wird die Sycosis, ebenso wie der Lichen ruber bei Anwendung von Solutio arsenic. Fowleri günstig beeinflusst. In 2 Fällen, bei denen diese Affection circumscript an den Unterschenkeln bestand, schwand der Juckreiz sehr bald und auch die Efflorescenzen bildeten sich zurück. Von einer elektrolytischen Wirkung ist bei dieser Methode nicht die Rede.

Saalfeld hat in früherer Zeit die Kataphorese mehrfach angewendet, hat aber die Methode wieder verlassen, da dieselbe ausserordentlich umständlich ist und viele Zeit erfordert, ohne eine schnellere Wirkung herbeizuführen. Ferner hat er bei Anwendung der Elektrolyse bei Hypertrichosis auf kataphoresischem Wege 2—4%ige Cocainlösung in die Haut eingeführt und so eine locale Anaesthesie zu Wege gebracht.

Heller erinnert an die Arbeit von Ullmann und an das elektrische Zweizellenbad von Gärtner. Die Erfolge scheinen nicht zufriedenstellend gewesen zu sein.

Meissner erwähnt, dass das Zweizellenbad, abgesehen von seiner therapeutischen Verwendung, auch in der amerikanischen Gerbetechnik Anwendung gefunden hat.

VII. Oestreicher stellt einen Patienten vor, welcher vor Jahren Syphilis acquirirt hatte und mit einer Schmiercur und später mit Injectionen behandelt worden war. Im Jahre 1892 zog er sich ein neues Ulcus zu, vielleicht eine Reinfection, und wurde Patient damals wiederum einer Injectionscur unterworfen. Im Sommer 1893 trat ein Recidiv auf; in Folge dessen wurde eine neue Schmiercur eingeleitet. Nach der 3. oder 4. Einreibung traten aber heftige Erstickungsanfälle und Dyspnoe ein, welche die Ausführung der Tracheotomie nöthig machten. Im Larynx wurde ein starkes Oedem der Schleimhaut beobachtet. Im Jahre 1895 zeigte Patient eine Rupia auf Kopf und Körper und wurde derselbe von O. wiederum neben localer Behandlung einer Inunctionscur unterworfen. Patient reagirte sofort mit Suffocationen der bedenklichsten Art. Krause, der den Patienten laryngoskopisch untersuchte, constatirte eine complete Ankylose der rechten Articulatio crico-arytaenoidea und links eine Einschränkung der Beweglichkeit wahrscheinlich in Folge einer abgelaufenen Perichondritis. Trotzdem das Larynxlumen um über ein Viertel des Normalen eingeengt ist, kann Patient frei athmen. Für die Dyspnoe konnte keine besondere Ursache aufgefunden werden. Unaufgeklärt bleibt es, warum in diesem Falle nach Einleitung einer Inunctionscur Suffocationserscheinungen aufgetreten sind. In der Literatur finden sich keine ähnlichen Angaben, sondern nur Fälle von Athemnoth und Erstickungsgefahr bei verschiedenen schweren syphilitischen Erkrankungen des Larynx. Krause meint, dass es sich in diesem Falle um eine reflectorische Reizung des N. laryngeus in Folge von Quecksilberverdampfung handelt. Diese Annahme wird dadurch wahrscheinlich gemacht, dass bei der subcutanen und internen Darreichung von Quecksilberpräparaten derartige Vorgänge nicht beobachtet worden sind. Jodkali hat der Patient während dieser Zeit nicht genommen.

VIII. Oestreicher stellt ferner eine 38jährige Frau, welche seit 8 Jahren verheiratet ist und dreimal geboren hat. Seit 4½ Jahren ist ein serpiginöses Syphilid von enormer Ausdehnung am ganzen Körper vorhanden. Eine angewandte Cur brachte bedeutende Besserung Nebenbei besteht ein Athmungshinderniss, welches auch objectiv durch ein wahrnehmbares Geräusch zu hören ist. Ein eingeführtes

Bougie stösst in der Höbe der Bifurcation der Trachea auf ein Hinderniss, das schwer zu passiren ist. Wird es mit Gewalt durchgeführt, so kann es nur mit Mühe zurückgezogen werden und ist vollständig verbogen. In den vier Jahren haben die Beschwerden nicht zugenommen. Die Ursache ist in diesem Falle nicht aufgeklärt. Es kann sich um eine Erkrankung der Trachea mit einer Perichondritis, oder um eine specifische Erkrankung des peritrachealen Bindegewebes handeln, welche zur Stenosirung durch Narbenbildung geführt hat. Jedenfalls ist eine Durchleuchtung mit X-Strahlen vorgenommen worden. Dieselbe zeigte an der linken Seite des Sternums unmittelbar neben der Trachea eine leistenartige Verdickung, welche bis zum dritten Brustwirbel reicht. In welcher Weise dieser Befund zu deuten ist, ist nicht aufgeklärt.

O. Rosenthal.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Februar 1897.

Vorsitzender Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Hochsinger demonstrirt zwei Kinder, die als Säuglinge mit congenitaler Lues behandelt wurden und nun nach 8 bezw. 10 Jahren wieder zur Beobachtung kamen. H. hat seinerzeit über 63 Fälle von congenitaler Lues der Säuglingsperiode berichtet, die lege artis behandelt und mehr als 4 Jahre in Evidenz gehalten wurden. Man fand bei ihnen in späteren Jahren nur geringe Zeichen von Lues, Narben an den Mundwinkeln, eingesunkene Nase, allgemeine Entwicklungsstörung. Es fanden sich aber auch Kinder, die nach 6—15 Jahren in jeder Hinsicht tadellos gefunden wurden. Speciell die Hutchinson'schen Trias, Keratitis, eingekerbte Zähne und Taubheit waren nie zu finden. Die beiden vorgestellten Kinder unterscheiden sich von den eben citirten Fällen dadurch, dass sie nur ein einzigesmal als Säuglinge wegen maculösen Exanthems zur Behandlung kamen. Sie erhielten Protojoduret verschrieben, blieben jedoch in der Folge ohne jede Behandlung. Diese Kinder kamen nun nach 8 bezw. 10 Jahren H. wieder zu Gesichte. Die Kinder zeigen die Hutchinson'schen Zeichen und zwar jedes andere derselben. Das eine hat einen eingesunkenen Nasenrücken nebst Atrophie der Nasenknorpel, Caput quadratum und sehr charakteristische, halbmondförmige Einkerbungen am freien Rand der mittleren oberen Schneidezähne. Das andere Kind hat eine typische, parenchymatöse Keratitis, an den Metacarpophalangealgelenken beider Hände, Hyperostosen, Erguss beider Kniegelenke mit leichter Crepitation und Verdickung der Tibia.

Die Keratitis parenchymatosa kommt zweifellos bei vielen hereditär luetischen Kindern vor, doch kann man auf sie die Diagnose der Syphilis nicht stützen, da sie in typischer Form bei sicher nicht luetischen, dagegen tuberculösen Individuen vorkommt.

[illegible]

[illegible] Zähne [illegible] nicht verwerthbar [illegible] gefunden wird. [illegible] nicht [illegible] Zähne sind das Product [illegible] werden kann [illegible] dem Zahn [illegible]

[illegible] Kinder wäre [illegible] Knabe, wurde [illegible] Nasenrücken, [illegible] konnte, wird dies [illegible] Hinblick auf [illegible] Das zweite Kind war [illegible] erkrankt, [illegible] Nasenrücken normal.

Neumann erwähnt, dass man selten in die Lage kommt, Kinder mit Syphilis hereditaria tarda, wie [illegible] vorgestellt, zu sehen, weil die [illegible] mit angeborener Syphilis meist frühzeitig sterben. Im Sinne Fournier's, dass Kinder syphilitischer Eltern gesund geboren werden und erst in den Jahren der Pubertät mit der tertiären Form behaftet sind, wurde eine Syphilis hereditaria tarda noch nicht festgestellt. Die Veränderungen an den Zähnen sind gewiss nicht auf die Syphilis an sich, sondern auf die durch sie bedingte Ernährungsstörung zurückzuführen.

Ullmann theilt mit, dass auch Fournier in der Decembersitzung des vorigen Jahres bei Demonstration von Veränderungen an den Zähnen, Oberkiefer, Netzhaut, Glaskörper die Ansicht vertreten habe, dass es sich hiebei nicht um Symptome der Syphilis, sondern um Ernährungsstörungen parasyphilitischer Familie.

Neumann demonstrirt einen 37jährigen Pat. mit gummöser Periostitis am Orbitalrande. Es findet sich dem linken Augenbrauenbogen entsprechend eine zweifingerbreite Auftreibung, fluctuirend druckempfindlich, die Haut darüber unverschieblich ödematös geschwellt, am Rande der Geschwulst ein Knochenwall zu tasten. Die Lidspalte klein, der Bulbus etwas nach abwärts gedrängt, kein Doppeltsehen.

An der Grenze des harten und weichen Gaumens eine stecknadelkopfgrosse Perforationsöffnung, welche in die Nasenhöhle führt. Der Nasenrücken verbreitert, von der Nasenschleimhaut wird reichlich dünner Eiter abgesondert. Rhinoskopisch lässt sich eine hühnereigrosse, von der Schädelbasis ausgehende, an der Oberfläche glatte, derb elastische Ge-

schwulst nachweisen. In der Gegend des Acromio-Claviculargelenkes besteht Druckschmerz und eine nussgrosse derbteigige Geschwulst. Der Primäraffect bestand 1893, der Kranke erhielt damals 22 intramuskuläre Injectionen, die Nasenaffection datirt seit Herbst 1895.

Kaposi findet besonders merkwürdig die ausgedehnte Fluctuation in so grosser Ausdehnung. Die Gummen pflegen am Rande einen erhabenen aufzuweisen, wie bei einem Kephalhämatom, im Centrum kommt es zu einer Erosion des Knochens, nach Verschwinden des Tophus bleibt eine Grube zurück. K. erinnert sich an einen Pat., der eine Lues überstanden hatte, Vater eines gesunden Kindes war und bei dem eine ähnliche Geschwulst am Orbitalrande auftrat, die allgemein als Periostitis syphilitica angesehen wurde, sich jedoch nach der Exstirpation als Sarcom erwies.

Neumann hat einen gleichen Fall gesehen.

Grünfeld hat einen als Chondrom allgemein diagnosticirten ähnlichen Tumor unter antiluetischer Behandlung schwinden gesehen.

Kaposi sah an der Verbindungsstelle zwischen Kreuzbein und Steissbein einen scharf begrenzten dreifingerbreiten Tumor, der ebenso in der ganzen Ausdehnung fluctuirte. Die Haut darüber normal, per rectum liess sich vor dem Steissbein ebenfalls eine fluctuirende Geschwulst unter normaler Schleimhaut nachweisen. Nach drei Wochen sah man auf antiluetische Behandlung bedeutende Besserung.

Kaposi demonstrirt eine Pat., die mit der Diagnose Syphilis aufgenommen wurde, deren Erkrankung sich später jedoch als Erythem erwies. Sie zeigte Anfangs in der Halskieferfurche, an den Kopfnickern linsengrosse, braunrothe, derbe Knoten. Auffallend war ein dunkelblaurothes, teigiges Infiltrat beider Augenlider, die linke Ohrmuschel wies ebenfalls einen scharf begrenzten, braunrothen Knoten auf. Dabei bestand heftiger Kopfschmerz. Am nächsten Tage traten acut linsengrosse, vorragende scharf begrenzte Knoten an beiden Handrücken, Schulter, äusserer Seite des Oberarms auf, manche in der Mitte etwas eingesunken, mit hämorrhagischem Punkt. An der Streckseite des rechten Vorderarms zeigte sich ein braunrother Fleck mit kleinen Knötchen am Rande, von welchen manche später zu Bläschen wurden. Am linken Vorderarm traten später charakteristische Erythemflecke, in der Mitte blau, am Rande mit rothen Knötchen auf, dann traten Knoten an der Mamma, endlich exquisite Knoten von Erythema nodosum an der Aussenfläche des rechten Oberschenkels auf. Dabei bestand hohes Fieber. Im Gesichte, an den Augenwinkeln entstanden neue Infiltrate, an der Conjunctiva des rechten Auges seitlich ein scharf begrenzter vorragender Fleck. Es wurde also ein Erythem diagnosticirt, es dürfte sich jedoch nicht um ein gewöhnliches, sondern um ein medicamentöses Erythem handeln, was sich bis jetzt jedoch nicht nachweisen liess. Namentlich die teigige Schwellung an den Augenlidern ist auffallend. Die Pat. ist 49 Jahre alt und leidet zum erstenmal an der Affection.

Neumann demonstrirt einen 27jährigen Schuhmachergehilfen **mit genitalem und extragenitalem syphilitischen Primäraffect.** Am äusseren Vorhautblatt ein halbkreuzergrosser, elevirter, ulcerirter, rothbraunglänzender, derber Knoten, ein zweiter überkreuzergrosser in der Kinnfurche l. von der Medianlinie. Die Basis sehr derb mit gelbbrauner Borke bedeckt. Drüsen am Unterkieferwinkel über wallnussgross, indolent, Leistendrüsen links bohnen- und haselnussgross. Infection vor 6 Wochen.

Lang hat ebenfalls einen Fall mit so weit von einander liegenden Sclerosen in Beobachtung. Dieselben können auch durch Autoinfection in der ersten Zeit nach der Infection von einem exulcerirten Primäraffect aus entstehen.

Neumann hält dies für eine wichtige Principienfrage, weil man es nicht verantworten könnte, dass man nicht jede Sclerose exstirpirt, wenn die Möglichkeit gegeben ist, dass einer sich neuerdings von aussen her inficirt.

Kaposi sieht nicht ein, warum die Sclerose exstirpirt werden sollte, da es für das Individuum gleichgiltig ist, ob es eine oder zwei Sclerosen hat. Bei experimenteller Uebertragung des Schankergiftes haftet es nicht immer, manchmal sieht man in der Praxis durch Autoinfection entstandene multiple, weiche Schanker, von denen einzelne, wenn die Oertlichkeit darnach ist, so im Sulcus coronarius glandis, sclerosiren; das syphilitische Virus kann weiter transportirt werden, aber es ist die Periode nicht fixirt, in welcher das möglich ist, wahrscheinlich ist die Uebertragung mit dem Effect Sclerosen nicht bloss Geschwüre zu erzeugen nur vor dem Zustandekommen der allgemeinen Syphilis möglich.

Lang ist der Ansicht, dass man in manchen Fällen die Sclerose excidiren muss, wenn noch Hoffnung vorhanden ist, dass dieselbe noch localisirt sei. Ein Zeichen dafür, dass die Excision das Individuum vor Allgemeinsyphilis bewahrt habe, sieht L. in einer späteren Reinfection des Pat., wie sie von Julien, Oehlers und von Lang beobachtet wurde. Es geht nicht an, in solchen Fällen die Diagnose der ersten Infection anzuzweifeln, da es doch Fälle gibt, wo die Sclerose so charakteristische Merkmale zeigt, dass die Diagnose ohne Allgemeinexanthem und ob die Drüsen mehr oder weniger afficirt sind, sicher gestellt werden kann. Dies war auch in dem von L. beobachteten Falle so.

Ullmann erwähnt, dass es auch Fälle gibt, wo ohne Exstirpation der Sclerose kein Exanthem folgt.

Es gibt allerdings Sclerosen, die ohne Exanthem verlaufen aber keine ohne Drüsenschwellung, diese ist das wichtigste Merkmal der Syphilis, daneben besteht gewöhnlich noch Chloranämie.

Zur Zeit der Syphilidisation machte Book der Wiener Schule, welche sich negativ gegenüber seiner Methode verhielt, den Vorwurf, dass nicht mit Scleroseneiter, sondern Eiter von venerischen Geschwüren genommen wurde. Damals glaubte man fast allgemein, dass

Scleroseneiter an dem Träger nicht hafte, jetzt wissen wir, dass er an syphilitischen Individuen in Generationen impfbar ist. Experimentell kann man Folgendes constatiren. Man merkt in den ersten Tagen nach der Impfung eine einfache Röthung um die geritzte Stelle, diese schreitet peripher weiter und vor dem Ausbruch des Exanthem entsteht ein Infiltrat, welches keineswegs die Härte der Sclerose hat. Es macht gleichzeitig mit dem übrigen Exanthem die weitere Entwicklung durch und schwindet mit demselben. Die Exstirpation der Sclerosen und auch der Lymphdrüsen hat dem Vortragenden nur negative Resultate ergeben. Er exstirpirt nur bei Leuten, die es durchaus begehren, dann bei Phimosen zu curativen Zwecken, ohne zu hoffen, damit die Syphilis zu verhindern.

Ehrmann erwähnt, man müsse Reinfection und postinitiale Infection auseinanderhalten, man muss auch bedenken, dass die Incubationsdauer der Sclerosen sehr verschieden ist. Bezüglich des Falles von Lang meint E., dass man nicht von Reinfection sprechen könne, da es das erste Mal nicht zu einer Syphilis gekommen war, die blosse Sclerose macht nicht immun. E. hat einen Fall von 36 Sclerosen auf Grund einer Acne gesehen.

Kaposi betont, dass die Reinfection der einzige Beweis sei, dass das Individium durch die Exstirpation der Sclerose vor der Syphilis geschützt sei. K. hat in seinem Atlas der Syphilis schon einen Fall publicirt, wo nach local behandelter typischer Sclerose keine Allgemeinsymptome auftraten, und im nächsten Jahre neue Infection auftrat.

Lang ist der Ansicht, die Lues könne in jeder Phase, auch zur Zeit des Initialaffectes, ausheilen. Wenn wir in einem Fall annehmen können, dass die weitere Infection von der Sclerose aus noch nicht erfolgt sei, müssen wir excidiren, wenn auch der Erfolg in den meisten Fällen negativ sein wird.

Lang bemerkt, dass die Lymphstrangsclerose mit dem Lymphstrom zusammenhängen kann, aber durch eine progrediente Lymhgefässwanderkrankung bedingt sein kann. So hat er einige Male Lymphstränge von den Leistendrüsen aufwärts unter der Haut des Bauches abtasten können, ohne dass am Abdomen Veränderungen vorlagen. Man müsste also ein Fortschreiten gegen den Strom annehmen, natürlicher ist es, an eine progrediente Gefässwanderkrankung zu denken.

L. stellt einen Fall von Initialsclerose, Lymphstrangsclerose, beiderseitiger Scleradenitis inguinalis vor. Auf der linken Seite ist von dem Drüsenschenkel abwärts ein harter Strang zu tasten. Freilich bestehen alte Narben am Unterschenkel, doch scheint es evident, dass die jetzige Affection mit der Sclerose zusammenhängt; es wäre also auch eine Erkrankung der Gefässwand gegen den Strom. Ebenso sah L. oft von den Nackendrüsen ausgehend derbe Stränge, die ebenso zu deuten wären.

2. demonstrirt Lang eine Frau mit gummösen Geschwüren des Vorderarms. Grösstentheils an der Streckseite, die obersten an der

Beugeseite desselben, die in einer Reihe in ziemlich gleichen Abständen von einander angeordnet sind. Zwischen den obersten konnte man deutlich Stränge palpiren. Es liegt nahe, hier an Erkrankung der Lymphgefässe zu denken.

Grünfeld betont, dass Autoinoculation bei hartem Schanker eben möglich ist, wie bei Ulcus molle. Es gibt Fälle, in denen es offenbar ist, dass es sich nicht um gleichzeitige Infection, sondern um Autoinoculation durch Abklatschung handelt.

Neumann bemerkt, dass durch Abklatschung von offenen Sclerosen, wie von Papeln an einer gegenüberliegenden Stelle Geschwüre entstehen können. Das contemporäre Auftreten mehrerer Sclerosen findet sich namentlich an erodirten Stellen, welche die Aufnahme des Virus begünstigen.

Sitzung vom 24. Februar 1896.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer Spiegler.

Lang hat in der letzten Sitzung eine Patientin mit gummösen Knoten am Vorderarm gezeigt und hat aus der Anordnung derselben geschlossen, dass es sich um eine Erkrankung der Lymphgefässe handeln könnte. Darauf hatte Horowitz erwidert, dass dies nicht möglich sei, da an dieser Stelle keine Lymphgefässe verlaufen, dieselben vielmehr entsprechend dem Ligamentum intermusculare auf die Beugeseite umbiegen. L. hat sich nun im anatomischen Museum genau über diese Angelegenheit informirt und gefunden, dass thatsächlich auch auf der Streckseite Lymphgefässe verlaufen und er hat an Präparaten speciell ein Lymphgefäss gesehen, das in seinem Verlaufe genau der Anordnung der Knoten an dem demonstrirten Falle entspricht.

Horowitz erwidert, dass der Verlauf der Lymphgefässe ein sehr variabler ist, so dass sogar an den zwei Extremitäten desselben Individuums verschiedene Verhältnisse gefunden werden. Ein sicherer Schluss auf den Ausgang einer Affection von den Lymphgefässen ist also nicht möglich. Bei fünfzig von H. injicirten oberen Extremitäten war ein einheitlicher Verlauf und speciell in der angegebenen Richtung nicht nachzuweisen.

Lang betont, dass er Lymphgefässe an der betreffenden Stelle und genau in der angegebenen Richtung an Präparaten selbst gesehen hat.

Rille demonstrirt von Neumann's Klinik

I. eine 31jähr. Kranke mit Fibroma molluscum. Am Stamme dichtgedrängte, kleine Geschwülste von Hanfkorn-, Erbsen- und über Haselnussgrösse, dieselben zumeist breit aufsitzend, seltener gestielt, entweder von normaler und blass gerötheter oder dunkel pigmentirter Haut bedeckt, dazwischen reichliche Pigmentflecke und Lentigines. Eine erbsengrosse Geschwulst befindet sich auch neben der rechten Brustwarze im Bereiche des Warzenhofes, vergleichbar einer überzähligen Brustwarze.

In Fällen wenig ausgedehnter Fibromatosis, wo sich vereinzelte solche Geschwülste an der Brust oder gegen die Achselhöhle hin befinden, könnte eine Verwechslung mit Polymastie vorkommen, wie im Vorjahre bei einem wegen Syphilis in Behandlung gestandenen Manne, bei dem an den genannten Stellen schlaffe, beutelartige, haselnussgrosse Geschwülste bestanden, die für supernumeräre Brustwarzen gehalten wurden. Die genauere Untersuchung ergab multiple, über das Hautniveau nirgends vortretende, cysticerkenähnliche Geschwülste an den verschiedensten Stellen der Körperoberfläche. Bemerkenswerth ist, dass bei der demonstrirten Kranken einzelne Geschwülste auch schwarze Comedopfröpfe im Centrum tragen. Die Affection besteht seit der Kindheit und ist kein ähnlicher Krankheitsfall in der Ascendenz vorgekommen. Die Kranke hat vor drei Wochen geboren, ihr Kind ist vollständig gesund.

Kaposi hat vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall von Fibroma molluscum in der Gesellschaft der Aerzte vorgestellt. Diese Fälle sind gar nicht selten, mitunter sind diese Individuen etwas cretinartig. K. hatte von jeher die Ansicht, dass es sich in allen diesen Fällen um massenhafte Bildung von Naevis handelt, wie sie als Naevus pigmentosus und molluseiformis angeboren vorkommen. Auch diese Fibrome enthalten wesentlich embryonales Bindegewebe, das schrumpft oder zu grossen Geschwülsten heranwächst. In manchen findet sich Pigment, andere tragen kleine Atherome. Ebenso könnte man die Ichthyosis hystrix als Naevus verrucosus universalis bezeichnen.

K. demonstrirt im Anschluss ein Mädchen mit Naevus verrucosus an der Beugeseite der Finger. Vom Metacarpus angefangen finden sich schmutzigbraune, harte Auflagerungen und zwar an beiden Händen. Ebensolche Warzen finden sich lateralwärts an der Fusssohle scharf begrenzt, die ganze Ferse besetzend. Früher wäre die Affection als Ichthyosis verrucosa localis der Flachhand und Fusssohle bezeichnet worden. Die Erkrankung ist erblich, besonders bei gekreuzten Geschlechtern, so dass nur die Knaben es von der Mutter erben, ein andermal die Mädchen vom Vater. Bei dem demonstrirten Falle lässt sich eine Vererbung nicht nachweisen. Diese Naevi können abfallen, kehren jedoch später wieder.

Rille demonstrirt

II. eine 22jähr. Kranke mit Rectalblennorrhöe. Die Afterfalten geschwellt, an denselben mehrfache, zum Theil fistulöse und einrissartige Geschwüre mit blassrothem, nur wenig belegtem Grunde und leicht unterminirten Rändern. Ein besonders tiefgreifendes, fissurenförmiges Geschwür an einer links gelegenen Afterfalte, welches bis auf die Rectalschleimhaut übergreift. Auch weiter oben an der Mastdarmschleimhaut lassen sich durch die Digitaluntersuchung an der vorderen und hinteren Wand mehrfache Geschwüre nachweisen. Aus der Analöffnung entleert sich ziemlich reichlicher, dünner, schmutziggrauer Eiter. Die makroskopische Diagnose wäre mit Rücksicht auf die geschwür-

artigen Veränderungen [illegible] zu stellen. [illegible] enthält der Eiter Gonococcen in grösserer Menge und typischer Anordnung. Die in Rede stehenden Geschwürs- und Fistelbildungen dürften nicht bloss in der Anamnese [illegible] ihre Ursache haben. Die Kranke [illegible] Jahren mit Papeln am Genitale und den Afterfalten auf der Klinik in Behandlung. Gerade bei lange bestehenden breiten Condylomen am After [illegible] in Folge einer auf den Sphincter übergreifenden [illegible] derartige Veränderungen aufzutreten. Es können [illegible] wie vor Kurzem Jullien beschrieben hat [illegible] und wie noch vor wenigen Wochen ein solcher Fall an der Klinik [illegible] wurde, speckig belegte, schmerzhafte [illegible] an den stark [illegible] Afterfalten sich [illegible] mit [illegible] Geschwüren haben und über deren Provenienz erst [illegible] Untersuchung des aus dem Mastdarme [illegible] vorzunehmende Inoculation mit dem [illegible]

N[illegible] bemerkt, dass zur [illegible] Diagnose einer gonorrhoischen Erkrankung [illegible] nicht ausreicht, vielmehr auch der Nachweis durch Z[illegible] erbracht werden muss, da bereits eine Reihe von Mikroorganismen bekannt ist, die sich tinctoriell und morphologisch [illegible] unterscheiden.

R[illegible] bemerkt, dass er zum Theile der gleichen Ansicht sei, da er selbst [illegible] vor Mittheilung der eben erwähnten Befunde wiederholt [illegible] im Speciellen bei [illegible] Mundaffectionen den Gonococcen morphologisch ganz entsprechende Diplococcen gefunden habe und beziehe er hierauf [illegible] und neuerdings wieder aufgetauchte Annahme einer Blennorrhoe der Mundschleimhaut. Dass jedoch Fälle wie der von ihm vorgestellte als wirkliche Blennorrhoen aufzufassen seien, dürfe wohl als feststehend angenommen werden.

Rille demonstrirt

III. den [illegible] von Hofrath Neumann vorgestellten Kranken mit papulo-pustulösem [illegible] Syphilid nebst scorbutischen Erscheinungen. Am Mons Veneris eine schmutzigbraune, [illegible] Narbe nach dem Primäraffect, die Efflorescenzen am Stamme und den Extremitäten [illegible] dunkel gefärbt, kupferroth bis hämorrhagisch. An den Unterextremitäten schmutziglivide und schiefergraue [illegible] und wie[illegible] auch gegenwärtig zerfallene schmerzhafte Knotenefflorescenzen, [illegible] grosse Knoten am Mundwinkel und in der Kinngegend, an deren Oberfläche [illegible] zu weichen, fettigen, leicht abzuhebenden Krusten vertrocknende Pusteln. Bei diesem Kranken wurde ferner der Versuch gemacht, das bisher bloss intern in Pillenform verabreichte Jodquecksilber [illegible] Kobert, Rille als intramusculäre Injection 1·0 : 100·0 Paraffin. liq. [illegible] zu geben. Während diese Injectionen bei zwei anderen Kranken, vorausgesetzt dass die Substanz in feinster Vertheilung [illegible] wurde, gut vertragen wurden, haben sich hier wahr-

scheinlich in Folge der hämorrhagischen Diathese Blutungen in der Glutäalmusculatur und schmerzhafte Knoten und Infiltrate gebildet.

Kaposi demonstrirt anschliessend einen Fall von Lepra, der differential-diagnostisch gegenüber von Lues interessant ist. Er betrifft einen 30jährigen Patienten aus Salonichi, dessen Geschwister und Eltern gesund sind. Die Erkrankung begann vor acht Monaten an der Dorsalfläche des linken Vorderarmes. Im Gesichte finden sich über dem Jochbogen links erbsengrosse Knoten, vor dem Ohre linsengrosse mit derb infiltrirtem Saume umgebene Knoten, einzelne tragen im Centrum eine Kruste, ähnliche vor dem rechten Ohre und in der Halskieferfurche, die durchwegs luetischen Efflorescenzen ähnlich sind. An der Innenfläche des linken Vorderarms bietet sich jedoch ein für Lepra typisches Bild. Von der Handwurzel bis zur Mitte des Vorderarms erstreckt sich eine aus unregelmässigen Scheiben sich zusammensetzende bronzefarbene Infiltration von unregelmässiger Begrenzung, stellenweise stärker vorragende Herde in derselben. Diese Partie ist vollständig anästhetisch. An der rechten oberen Extremität finden sich 15—20 bis erbsengrosse flacherhabene Efflorescenzen mit centraler Depression, während sie sonst bei der Rückbildung in der Gänze einsinken. An der Aussenseite des rechten Oberschenkels über dem Knie findet sich ein über flachhandgrosser Herd, dessen Centrum dunkelbraunroth infiltrirt, stellenweise mit Krusten bedeckt ist, während ringsum ein weniger infiltrirter Hof zu sehen ist. Also wieder eine an Lues erinnernde Efflorescenz. Aehnliche finden sich am linken Oberschenkel an der Glans penis. Interessant ist, dass in so kurzer Zeit die Knoten anästhetisch wurden, auch die ganz kleinen, und auch die Nachbarschaft der Knoten bis auf die doppelte Breite derselben ist ebenfalls hypästhetisch. Es wurde hochgradige Analgesie, Anästhesie, Thermoanästhesie im Bereiche des linken Ulnaris constatirt, ferner beginnende Atrophie des Interosseus primus. Der linke Ulnaris ist auch schmerzhaft. Auch an der Flachhand finden sich einige Knötchen, was wieder zu Verwechslung mit syphilitischer Psoriasis palmaris Anlass geben könnte. Bacillen konnten nicht nachgewiesen werden. K. erinnert auch an die 1887 gezeigte Patientin aus Reval, die Knötchen an Mundwinkeln, Nasenwinkeln, Flachhand, also gerade den Prädilectionsstellen der Syphilis darbot.

Popper demonstrirt aus der Abtheilung des Professors Lang eine Pat., welche nebst mehrfachen Lupusherden im Gesicht und am Halse ein äusserst dicht gehäuftes kleinpapulös-pustulöses Exanthem über den ganzen Stamm und Extremitäten zeigt. Ein Initialaffect war nicht zu finden, eine Narbe an der hinteren Commissur wird wahrscheinlich einem solchen angehören.

Kaposi demonstrirt

1. zwei Fälle von Lupus erythemathodes, der eine von der discoiden Form an der Nase, der andere betrifft den Schädel, von dem nur ein geringer Theil frei geblieben ist. Nach dem Vorgange von

Schütz in Frankfurt besteht die Behandlung in Pinselung mit vierfach verdünnter Solutio Fowleri. Nach 10—14tägiger Pinselung entwickelt sich eine Entzündung, mit deren Rückbildung auch die Affection zurückgeht. Es ist also eine analoge Wirkung wie die durch Jodtinctur oder Pyrogallussäure erzielte. Die Fälle, bei welchen die Infiltration in's subcutane Bindegewebe reicht, sind schwerer zu behandeln.

2. einen Fall von Lupus vulgaris verrucosus der linken Glutäalgegend vom Steissbein zum Trochanter zum Theil auf den Oberschenkel übergreifend, endet daselbst mit einer wulstigen, alten Narbe, in welche Lupusknötchen eingesprengt sind.

3. fünf Fälle von Pemphigus die wieder beweisen, dass die verschiedenen Formen von Pemphigus bei demselben Individuum beobachtet werden können.

Die erste Patientin hat an schwerem Pemphigus foliaceus gelitten, hat sich jedoch seitdem erholt, die Nachschübe sind selten und wie bei Pemphigus vulgaris ohne Tendenz zu peripherem Fortschreiten, nur hie und da frische Blasen, Pigmentscheiben deuten auf den langsameren Verlauf. Die Prognose ist also auch für den Pemphigus foliaceus bei entsprechender Behandlung keine so schlechte.

Auch eine zweite Pat., die einen schweren Pemphigus serpiginosus hatte, erholt sich nun, die Eruptionen treten spärlicher auf, der Ernährungszustand hebt sich.

Die dritte Pat. erkrankte vor zwei Monaten in acuter Weise, war dann acht Tage gesund, plötzlich traten wieder Blasen auf und zwar zunächst thalergrosse Erythemflecke, aus denen Blasen mit Tendenz zu serpiginösem Fortschreiten entstanden.

Der vierte Fall ist interessant, da er anfangs für ein Erythema bullosum gehalten wurde. Das Erythem ist eine Vorstufe des Pemphigus, doch war die Diagnose aus der atypischen Localisation am Oberschenkel, an der Brust zu stellen. Ueber dem Sprunggelenke entwickelte sich eine Blase von ungewöhnlicher Grösse über den ganzen vorderen Umfang des Beines. Die Grösse der Blasen bietet jedoch keine Gefahr, bloss deren Weiterschreiten.

Der fünfte Fall zeigt das Verhalten des Pemphigus in einer Remissionsperiode, wo sich keine eigentlichen Blasen bilden, sondern flüchtige Erytheme, mit vorübergehender seröser Transsudation. Bei dem Pat. traten zwischen den Scapulal, auf der Wange, Nase linsen- bis kreuzergrosse Herde auf in Form von epidermislosen Scheiben, die nicht überhäuten wollten.

Rille demonstrirt

IV. eine 21jähr. Kranke, Prostituirte, mit syphilitischem Primäraffect an der Vaginalportion. Die Portio apfelgross, das Orificium queroval, neben demselben rechts ein kreuzergrosser, scharf abgesetzter, kreisförmiger Substanzverlust mit 2 Mm. breitem, rothbraun glänzendem, im Niveau der Geschwürsbasis befindlichem Rande. Im Centrum des Geschwüres ein dichter, fest anhaftender, nicht abstreifbarer

weisslichgelber Belag, von der Oberfläche wird seröse Flüssigkeit in grosser Menge abgesondert. Da die Kranke noch nie geboren hat und keine Erosionen, Narben oder Einkerbungen bestehen, ist der Primäraffect scharf umschrieben, vollkommen typisch und ohne Weiteres diagnosticirbar. Die Leistendrüsen sind derzeit wallnussgross, bei Aufnahme am 13. d. M. waren dieselben von normaler Grösse. Die Drüsenvergrösserung ist demnach der Ausdruck der sich allmälig ausbildenden allgemeinen Drüsenschwellung, die bekanntlich bei alleinigem Bestehen des Primäraffectes an der Vaginalportion ohne gleichzeitiges Vorhandensein eines solchen an der Vulva oder sonst am äusseren Genitale nicht die tastbaren Inguinaldrüsen es sind, welche anschwellen, sondern die um das Collum uteri in der Bauchhöhle gelegenen Lymphdrüsen. Es besteht ferner Cubitaldrüsenschwellung und beträgt die Krankheitsdauer seit der Infection sieben oder acht Wochen.

Die Localisation des syphilitischen Primäraffectes an der Vaginalportion ist nicht nur nicht selten, sondern zählt zu den häufigeren des weiblichen Genitales überhaupt. Auch Sklerosen in der Vagina sind nach Rille's Erfahrung keineswegs exceptionell selten.

Zum Protokolle der Sitzung vom 10. Februar d. J. sind noch die Details der vom Prof. Lang mitgetheilten Reinfection nach Excision nachzutragen:

Am 28. Mai 1892 wurde ein Mediciner mit einer deutlich entwickelten exulcerirten Sclerose auf meiner Abtheilung aufgenommen, wobei in der rechten Leiste erbsengrosse Drüsen zu tasten waren. Die letzte Infectionsgelegenheit (Coitus) fand am 1. Mai statt. 10 Tage später wurde ein rothes Knötchen in der Kranzfurche bemerkt, welches sich allmälig vergrösserte und am 17. Mai geschwürig zu zerfallen begann. Am 30. d. M. wurde die Sklerose in Bromaethylnarkose mit dem Paquelin ausgiebig zerstört und die Ausheilung der Abstossung und Granulation überlassen. Der Studiosus machte weiters keinerlei Wahrnehmungen an sich, bis im November des Jahres 1896, etwa eine Woche nach einem Coitus, ein rothes Knötchen an der Penishaut rechts (entfernt von der nach Paquelinisirung im Jahre 1892 zurückgebliebene Narbe) zu Tage trat, das im weiteren Verlaufe sich immer derber anfühlte. Am 15. Januar 1897 erschien ein deutlicher Ausschlag am Körper und am 22. d. M. erfolgte die Aufnahme des Patienten in das Studentenspital wegen eines maculo-papulösen Exanthems und Initialinfiltraten am Penis.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

Reinke, Fr. Beiträge zur Histologie des Menschen. Mit einer Tafel. Arch. f. mikroskopische Anatomie. 47. Band, 1896.

Reinke verfügt über vorzügliches, frisch conservirtes Materiale vom Menschen, namentlich auch über solches von einem 25jährigen äusserst kräftigen Hingerichteten. Die Untersuchung dieses Materiales förderte eine Reihe von neuen Befunden zu Tage, zu welchen auch die in dem vorliegenden Aufsatze beschriebenen „Krystalloidbildungen in den interstitiellen Zellen des menschlichen Hodens" gehören.

Die Weigert'sche Fibrinfärbung, Saffranin und namentlich die M. Haidenhain'sche Hamatoxylinfarbung gestatten den Nachweis, dass sich in den interstitiellen Zellen gesunder Hoden eine grosse Menge intensiv färbbarer Körper eingelagert findet; die nähere Untersuchung derselben ergibt, dass es sich um eiweissartige Krystalloide handelt. Die Grösse dieser Krystalloide ist schwankend; die meisten übertreffen die Grösse der Kerne beträchtlich. „Weitaus die Mehrzahl ist länger als breit, öfters zeigen sie Winkel, oft aber auch abgerundete Ecken, einige sind keulenförmig an einer Seite breiter, oft in der Mitte verdünnt. Sehr häufig sind es doppelte und mehrfache Bildungen, die entweder in ganzer Länge getrennt oder nur durch eine Linie geschieden sind. Bemerkenswerth erscheint noch, dass dieselben sehr häufig krumm und gebogen sind." Ferner stellen Reinke's Krystalloide nicht nur Zelleinschlüsse dar, sondern liegen, wo die Zellen zu zerfallen scheinen, auch ausserhalb der Zelleiber im Bindegewebe und in der geronnenen Lymphe. Irgendwelche Beziehungen zu den Charcot-Leyden'schen Krystallen oder den Böttcher'schen Sperminkrystallen lassen sich nicht erweisen. Reinke traf diese Krystalloide in 8 gesunden Hoden kräftiger Männer mit reger Spermatozoenbildung vergesellschaftet an; in Hoden, wo letztere noch nicht eingesetzt oder bereits aufgehort hat, vermisste er sie. Merkwürdigerweise fand er sie in tuberculösen Hoden unabhängig von der Spermatozoenbildung oft in grossen Mengen. (Der Verfasser verweist dies-

bezüglich auf eine demnächst erscheinende Publication von Lubarsch). Schliesslich erwähnt Reinke, dass er bereits vor mehreren Jahren im Pankreas weisser, gemästeter Mäuse ähnliche Bildungen fand. Zur Feststellung der Bedeutung dieser merkwürdigen Befunde Reinke's sind weitere Erfahrungen erforderlich. Prof. Hugo Rex (Prag).

Fischel, Alfred. Ueber Beeinflussung und Entwicklung des Pigmentes. Mit einer Tafel. Archiv f. mikroskop Anatomie. 47. Band 1896.

Fischel's bedeutungsvolle Untersuchungen wurden an Herbstlarven von Salamandra macul. ausgeführt. Er stellte zunächst fest, dass in Wasser von Zimmertemperatur aufgezogene Larven eine bedeutende Verschiedenheit ihrer Färbung gegenüber solchen aufweisen, welche in viel kälterem, fliessenden Wasser gehalten werden. In der weiteren Verfolgung dieser Beobachtung kam er zu folgenden Ergebnissen. Dunkle Salamanderlarven werden unter dem Einflusse erhöhter Temperatur hell und umgekehrt, helle durch Kälte dunkel. Je jünger die Larven sind, desto höher ist ihre Reactionsfähigkeit auf äussere Reize, also hier auf Wärme und Kälte. Die durch den Einfluss der Temperatur bedingte Pigmentirungsdifferenz ist keineswegs vorübergehend, sondern vermag sich zu einer dauernden umzugestalten. Wärme und Kälte vermögen also die Färbung dauernd zu beeinflussen. Die histologische Untersuchung des Verhaltens der Pigmentzellen bei diesem Farbenwechsel lehrte Folgendes. Die epithelialen Pigmentzellen zeigen keine Fortsätze mehr, sie sind jetzt kreisrunde oder eiförmige Gebilde; dem in der Mitte oder an einem Pole gelegenen Zellkerne sitzt gleich einer Kappe eine tiefschwarze Pigmentkugel auf. Auch das Netzwerk der Fortsätze der dunklen Pigmentzellen der Cutis ist bei hell gewordenen Larven geschwunden; diese Zellen finden sich jetzt als schwarze, klumpige, fast sämmtlich der Kreisform sich nähernde Gebilde vor. Eine dritte Art von Pigmentzellen mit hellgelbem Einschlusse wird durch die Wärme nicht beeinflusst; sie tritt jetzt schärfer als früher hervor, nachdem die Fortsätze der dunklen Pigmentzellen, die sie früher verdeckten, geschwunden sind. Der Einfluss der Wärme erstreckt sich nicht nur auf die Pigmentzellen der Haut, sondern auch auf die Pigmentzellen im Inneren des Körpers. Die Formveränderung der Pigmentzellen lässt sich wohl hauptsächlich auf eine Contraction der ganzen Zelle zurückführen, bei welcher sämmtliche Fortsätze eingezogen werden und so das Pigment auf ein ganz kleines Gebiet vertheilt wird. Es ist naheliegend, anzunehmen, dass die Kugelform der contrahirten Zellen der günstigste Endeffect der Zusammenziehung ist, da dann die Zelle bei kleinster Oberfläche die grösstmögliche Masse fassen kann. Bezüglich der Entwicklung des Pigmentes kam Fischl zu folgenden Resultaten. Er vermag sich nicht der Ansicht von Reinke anzuschliessen, welcher die bei demselben Untersuchungsobjecte im Peritoneum vorkommenden Pigmentzellen mit hellgelbem und jene mit dunklem Einschlusse zu einander in Beziehung bringt und zwar in der Weise, dass sich die ersteren in die letzteren durch Veränderung ihres Ein-

schlusses umwandeln. Fischl hält im Gegentheile daran fest, dass, wie dies bereits Flamming hervorhob, beide Zellarten selbständig sind, eine Umwandlung der einen in die andere nicht statt hat. Dafür spricht schon unter anderem die bereits oben hervorgehobene Eigenthümlichkeit, dass die Pigmentzellen mit hellgelbem Inhalt einer Beeinflussung durch Wärme nicht unterliegen. Nach unserem Autor geht die Entwicklung des Pigmentes so vor sich, „dass sich innerhalb der (späteren) Pigmentzellen (mit dunklen Pigmentkörnchen [Ref.]) in immer reichlicherer Weise Körnchen entwickeln, welche Anfangs lichter sind und erst später — während gleichzeitig die Zelle grösser und reicher verzweigt wird — die dunkle Farbe annehmen. Diese helleren Körnchen könnte man als „Pigmentbildner" bezeichnen, durch deren specifische Umwandlung oder durch deren Durchsetzung mit einem Farbstoffe erst die für die dunklen Pigmentzellen charakteristischen Körnchen entstehen." Diese Entwicklungsform, sowie die nicht selten verschiedene Ausbildung des Pigmentes in den beiden sonst unter den gleichen Verhältnissen sich befindenden Hälften einer und derselben Zelle spricht zu Gunsten der Annahme, dass das Pigment vorwiegend durch eine specifische Zellthätigkeit, also auf metabolischem Wege entsteht.

Sonst gleich entwickelte, namentlich epitheliale Pigmentzellen variiren nicht selten bezüglich ihres Reichthumes an Pigmentkörnchen und deren Färbung. Auch beim erwachsenen Thiere findet man nicht selten mitten unter schwarzen Pigmentzellen gelegene, viel weniger pigmentirte Zellen. Diese Eigenthümlichkeit gestattet wohl den Schluss, dass die Pigmentzellen ihren Pigmentgehalt zu ändern vermögen, also eine wechselnde metabolische Thätigkeit entfalten.

Prof. Hugo Rex (Prag).

Ernst, Paul. Studien über normale Verhornung mit Hilfe der Gram'schen Methode. Mit 2 Tafeln. Archiv für mikroskopische Anatomie. 47 Band. 1896.

Ernst's Bestreben war ursprünglich darauf gerichtet, eine Methode ausfindig zu machen, welche den sicheren Nachweis von Verhornungsprocessen gestattet. Die mit der Gram'schen Methode angestellten Versuche fielen äusserst gelungen aus; durch dieselbe werden in ungemein scharfer und klarer Weise die Anfangsstadien der Verhornung hervorgehoben. Der Autor hat diese Methode an zahlreichen Horngebilden ausgeprobt und überall das erwähnte Resultat in schönster Klarheit wiedergefunden. Hiebei gewann er nebstbei eine hübsche Reihe von neuen, sehr bemerkenswerth histologischen Einzelbeobachtungen, welche er in dem vorliegenden inhalts- und gedankenreichen Aufsatze mittheilt. Referent möchte sich hier auf eine kurze Besprechung jener Befunde beschränken, welche Ernst durch die Gram'sche Färbung epidermoidaler Gebilde beim Menschen erzielte. Der Autor untersuchte zunächst Haare. Ein Querschnitt durch ein Haar des Unterlippenrandes zeigte die Henle-sche Schichte deutlich und scharf gefärbt; dieselbe setzte sich aus einzelnen violetten, scharfrandigen Klecksen zusammen. Ein näheres

Zusehen mit stärkerer Vergrösserung löst nun diese scheinbar glasigen, durch und durch gleichmässigen Elemente der Henle'schen Schichte in feinste, in ihrer Grösse etwas variirende Pünktchen auf. Mitunter vermag man auch in denselben eine rundliche Lücke aufzufinden, offenbar jene Stelle, welche der Kern der Zelle ursprünglich einnahm. Daraus lässt sich erschliessen, dass jeder Pünktchenhaufen dem Querschnitte einer Zelle entspricht und die Pünktchen und Körnchen, welche die Gram'sche Färbung so scharf hervorhebt, im Protoplasma der Zelle liegen. In Querschnitten, in welchen die Scheidung der beiden Schichten der inneren Wurzelscheide noch nicht vollzogen ist (also in höher geführten Schnitten) färbt sich die ganze innere Wurzelscheide und zwar nur diese. Man findet einen Ring aus einzelnen gefärbten Klecksen bestehend, die sich wieder in Körnerhaufen auflösen lassen. Die äusserste Reihe derselben ist dichter mit Körnern angefüllt: sie entspricht der Henle'schen Schichte. Die Verschiedenheit des Auftretens der Körner kündigt also bereits die künftige Trennung der inneren Wurzelscheide in ihre zwei Schichten an. In jugendlichen Haaren färbt sich neben der Henle'schen Schichte das Haaroberhäutchen, es tritt eine Art Kittleistenzeichnung auf zwischen deren Maschen spindelförmige, offenbar den platten Zellen des Oberhäutchens entsprechende Lücken ausgespart sind, mit noch färbbarem Kerne in der Mitte. Zwischen den Zellen des noch nicht völlig verhornten Haarschaftes tauchen unendlich feine, blaugefärbte Fäserchen auf, welche je nach der Schnittrichtung als feinste Pünktchen oder Strichelchen sichtbar werden. Dieselben entsprechen wohl den letzten Formelementen der Rindensubstanz, Waldeyer's Hornfibrillen. Der fertige, hornige Haarschaft ist der Färbung unzugänglich; da ja dieselbe nur die Anfangsstadien der Hornbildung und nie fertiges Horn hervorhebt.

Die Untersuchung recht junger Haare — weder Haarrinde noch Cuticula zeigen irgend eine Spur der Verhornung, nur die Zellen der Henle'schen Schichte sind der Färbung nach Gram zugänglich — lässt Ernst erschliessen, dass die ersten Elemente, welche die Verhornung einleiten, in der Huxley'schen Schichte zu suchen sind, das erste Hornproduct aber in den hellen, durchsichtigen, scheinbar homogenen Zellen der Huxley'schen Schichte zu vermuthen ist. Der Grund der allmäligen Differenzirung der inneren Wurzelscheide in ihre zwei Schichten wäre also auf das erste Auftreten von Verhornungserscheinungen zurückzuführen. Daher findet sich also die innere Wurzelscheide ursprünglich einheitlich angelegt, noch nicht in ihre zwei Schichten geschieden, so lange die Verhornung nicht eingesetzt hat. Ernst untersuchte ferner den Verhornungsprocess des Nagels. Die Gram'sche Methode lässt die allerersten Verhornungsprocesse der Nagelanlage erkennen und gestattet die Feststellung der Entwicklungsperioden, in welchen das Einrücken des Nagels in seinen Falz vor sich geht. Die ersten Spuren der Verhornung der Nagelanlage fanden sich bei einem Foetus aus dem Anfange des vierten Monates und zwar am vorderen Rande des Nagelfeldes nahe dem Nagelsaum. Die Methode deckte deutlich eine feine Granulirung der gefärbten

Zellen auf. Ausserdem reagirte nur noch ein Häufchen Epidermiszellen vor dem Nagelsaum: ein in morphologischer Beziehung sehr bedeutungsvoller Befund. Der Autor deutet denselben folgendermassen: „Es wäre damit beginnende Verhornung nachgewiesen in einem Abschnitt der Epidermis, der ursprünglich morphologisch zur Nagelanlage gehört, dann aber durch Ausbildung des Saumes, also hier der distalen Grenzfurche, von ihr abgetrennt wurde und später jedenfalls nicht mehr zur Nagelplatte gehört. Es ist dies eine Partie von Zellen, die dem beim Menschen verkümmerten Sohlenhorn, dem volaren Theil der Nagelanlage homolog ist. Morphologisch auf dem Rückgang begriffen, würde sie also durch die Reaction, wenn ich so sagen darf, chemisch noch ihre ursprüngliche Bestimmung verrathen, die ihr freilich auf halbem Wege wieder verloren geht." Das Einrücken des Nagels in seinen Falz untersuchte Ernst bei einem Foetus aus dem 6. Monate. Die haarscharfe Färbung der Nagelsubstanz gestattet die genaue Verfolgung der Nagelplatte; dieselbe reicht in diesem Alter recht beträchtlich tief in den Falz hinein und endet spitz zulaufend in demselben. Aus den Ergebnissen der Untersuchung der Oberhaut sei hier das Verhalten der Schweissgänge in der Hornschicht hervorgehoben. Diese färben sich deutlich. Ebenso auch die den Gängen unmittelbar benachbarten Abschnitte der Epidermisschuppen. Die Färbung nach Gram zeigen auch die tieferen Abschnitte der Schweissgänge in der Keimschichte. Die ersten verhornenden Zellen, die wir in der Keimschichte in relativ grosser Tiefe antreffen, gehören also den Schweissgängen an. Ernst hat seine Untersuchungen auch auf die Verhornungsprocesse, die uns in der Wirbelthierreihe entgegentreten, ausgedehnt und so die Erfahrungen mit der Gram'schen Methode auf breiter Basis weit ausgebaut. Die von ihm untersuchten Gebilde seien hier nur angeführt. Er untersuchte: Wiederkäuerhufe, Hornzähne der Cyclostomen, Perlorgane der Fische, Haut der Amphibien und Reptilien, Feder und Muskelmagen der Vögel, endlich auch die Hornplatten des Echidnamagens.

Prof. Hugo Rex (Prag).

Auburtin, Gaston. Das Vorkommen von Kolbenhaaren und die Veränderungen derselben beim Haarwiederersatz. Mit 2 Tafeln. (Aus dem physiologischen Institut der Universität Berlin. Abtheilung von Prof. Dr. Fritsch.) Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte. 47. Band, 1896.

Auburtin's Untersuchungen erstreckten sich vorwiegend auf die Kopfhaut; erkrankter Haarboden wurde vermieden. Zunächst versuchte der Autor die Zahlenverhältnisse der Kolbenhaare festzustellen. Unter normalen Verhältnissen findet sich bei Kindern ein sehr hoher Procentsatz von Kolbenhaaren. Derselbe betrug bei einem verunglückten dreijährigen Knaben 53%. Bei weitem kleiner ist derselbe bei Erwachsenen; Auburtin fand bei zwei plötzlich verstorbenen Erwachsenen im Mittel 24% Kolbenhaare. Eine Steigerung erfährt der Procentsatz nach langwierigen, erschöpfenden Krankheiten im Mittel bis zu 33%. Bei weitem bedeutender ist die Steigerung nach Infectionskrankheiten: hier beträgt

der Procentsatz durchschnittlich 44%. Die nicht unbeträchtlichen Schwankungen der Zahlenverhältnisse, welche Auburtin hiebei auffand, erscheinen zunächst bedingt durch den Einfluss des Geschlechtes. Bei Männern kommen unter gleichen Verhältnissen mehr Kolbenhaare vor als bei Frauen. Ganz besonders scheint aber auch die Haarfarbe von Einfluss zu sein; bei blonden Individuen ist unter gleichen Verhältnissen der Procentsatz der Kolbenhaare ein höherer als bei dunkelhaarigen. Der Wiederersatz der Kopfhaare unter normalen Verhältnissen wird vom Verfasser folgendermassen geschildert. Nach der Ablösung des Haares von seiner Papille bleiben Haarkolben und Papille durch einen kurzen Epithelstrang mit einander verbunden. Dieser Strang ist cylinderförmig; die ihn aufbauenden Elemente sind regellos mit einander verbunden und enthalten sowohl Reste der äusseren und inneren Wurzelscheide, wie der Keimschichte des Haares. Die Production neuer Zellelemente sistirt in diesem Strange sehr bald. Bald wird nun der Haarkolben rascher emporgetrieben, während die Papille ihren alten Standort nur wenig verändert. Der Epithelstrang weist nun eine grössere Länge auf; seine Form ist unregelmässig, die Oberfläche uneben. Im Inneren des Stranges macht sich eine gewisse Anordnung seiner sonst noch immer ungeordneten Zellen in Gestalt längsverlaufender Spindelzellen bemerkbar; ferner setzt auch eine geringe, wenige Zellen betreffende Atrophie ein. Nun beginnt auch die Papille emporzusteigen und im Anschluss hieran „tritt im Strang eine Wiederbelebung und Regeneration dadurch ein, dass derselbe an die Cylinderzellenschicht des Kolbenlagers [Haarbeet Unna's (Ref.)] sich anschliessend, eine Umkleidung mit Cylinderepithel erhält, die um so tiefer reicht, je höher die Papille steht und zuletzt auch die Papille überzieht". Diese Regeneration im Strange betrifft zuletzt die Elemente über der Papille und man muss wohl annehmen, dass dieser Boden des Ersatzhaares, seine Keimschicht, neu geschaffen wird, da kein Materiale zu ihrer Bildung aus alten Elementen vorhanden ist. Die Anlage des Ersatzhaares erfolgt bei dem höchsten, mindest einem sehr hohen Stande der Papille, nachdem vorher durch Zellwucherung der Strang ein wenig gegen das Kolbenlager verschoben und so dem wachsenden Ersatzhaare der Weg geebnet war. Mit dem weiteren Wachsthume des letzteren wird auch die Papille in ihre frühere Tiefe herabgedrängt.

Auburtin beschreibt weiter den Wiederersatz dünnerer Haare und Cilien. (Wiederersatz bei schnellem Haarwechsel.) Dünnere Haare und Cilien besitzen eine kürzere Lebensdauer als starke Kopfhaare. Dieser Verkürzung der Lebensdauer entspricht auch eine solche des Kolbenhaarstadiums und eine schnellere Entwicklung des Ersatzhaares. Wir finden daher gegenüber den vorhin für die starken Kopfhaare festgestellten Entwicklungsverhältnissen folgende Unterschiede. An den Aufstieg des Kolbens schliesst sich sehr bald jener der Papille an; der Epithelstrang erreicht also nicht jene Länge, wie bei dem Wiederersatz starker Kopfhaare, er ist recht kurz und zeigt überdies schon recht frühzeitig in seinem oberen Abschnitte Cylinderepithel. Der weitere Verlauf der Ent-

[illegible] der [illegible], wie er oben [illegible] Papille kein so beträchtlicher. Der Haarw[illegible] Neubildung des Haarwuchses [illegible]: Nach der Ab[illegible]ung des Haares [illegible] ausgesprochene Zeichen [illegible], wenn auch die Papille empor[illegible]. [illegible] Papille setzt die Regeneration [illegible], wenn die Papille um den [illegible] Oberfläche entfernt ist. Das [illegible] Haar ist [illegible] Vorgänger.

Prof. Hugo Rex (Prag).

Brosch A[illegible] Zur Frage der Entstehung der Riesenzellen [illegible] Virchow's Archiv 1896. Band 144. Heft 2. [illegible]

Brosch [illegible] das Entstehen von Riesenzellen an einem Endo[illegible] Annahmen: 1. „Riesenzellen können [illegible] Endothelien, [illegible] in gewissen Fällen durch Ver[illegible] Erkrankung der Gefässwand [illegible] noch nicht näher gekannten regressiven Metam[illegible] Gefässen grösseren Ca[illegible]. 2. M[illegible] auch die Obliteration der Gefässe [illegible] Wucherung erkrankter Intimazellen Endothelzellen und die Bildung von Kanälen durch eine derartige Obliteration oder durch [illegible] zellige Infiltration und [illegible] in der [illegible] Umgebung als begünstigendes Moment für die Riesenzellenentstehung aus neugebildeten Gefässen [illegible] eine wichtige [illegible] Rolle. 3. Da Bindegewebe [illegible] ganzen Organismus vorkommt, und das Bindegewebe endothelartigen Charakter annehmen kann (Bizzozero und Bozzolo), so erscheint es nicht abwegig zu sein, dass vielleicht alle Riesenzellen Abkömmlinge des Endothels oder endothelartiger Bindegewebszellen sind. Diese Annahme würde mit dem weitverbreiteten, in den verschiedensten Organgeweben und bei den verschiedenartigsten physiologischen und pathologischen Prozessen beobachteten Vorkommen der Riesenzellen in vollstem Einklange stehen, doch fehlen für diese letztere Annahme vorläufig noch zwingende Beweise."

Gustav Tandler (Prag).

Audry, Ch. (Toulouse). Sur les cellules isoplastiques (Mastzellen). Annales de dermatologie et syphiligraphie. Tome. VII. 1896, Nr. 1. p. 9.

Audry hat an 50 Fällen controllirende Untersuchungen über das Vorkommen und die Bedeutung der von ihm als „cellules isoplastiques" bezeichneten Mastzellen gemacht und dieselben in 20 Fällen vermisst, in 30 Fällen gefunden. Wegen der Einzelheiten der untersuchten Fälle müssen wir auf das Original verweisen. Er kommt zum Schlusse, dass das Vorkommen dieser Elemente in keiner Weise irgendwelche pathogenetische

Bedeutung hat. Nach Darlegung des morphologischen Verhaltens der Mastzellen präcisirt Audry seine Ansicht von der Bedeutung der Mastzellen dahin, dass alle Zellen, die am Aufbau des Bindegewebes betheiligt sind, sowohl des normalen, wie des pathologischen, unter Umständen die gleichen Farbenreactionen darbieten können, wie die Mastzellen; also fixe Bindegewebszellen, Lymphocyten, grosse mononucleäre Leukocyten, Wanderzellen, Plasmazellen u. s. w. Die Farbenreaction ist lediglich der Ausdruck eines bestimmten „état chimique" und hat keine sicheren Beziehungen zu einem bestimmten morphologischen Zustand. — Die Untersuchungen Audry's kommen zu Resultaten, die mehrfach denjenigen Unna's und Menahem Hodara's direct widersprechen.

E. von Düring (Constantinopel).

Kotsovsky, M. A. Etudes sur les modifications des cellules dans leur mort lente. (Archiv des sciences biologiques, St. Petersbourg-Tome IV. Nr. 1. 1895.)

Die Veränderungen, welche die Zellen bei ihrem langsamen Untergange eingehen, wurden an Meerschweinchen, Kaninchen und Salamandern, also Warm- und Kaltblütlern, studirt, welche Kotsovsky durch eine bestimmte Zeit theils vollständig, theils bis auf Wasserzufuhr hungern liess. Die histologischen Untersuchungen bezogen sich auf exstirpirtes Leber- und Nierenparenchym dieser Thiere. Verf. stellt die gewonnenen Eindrücke in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. In den Organen der so behandelten Thiere isoliren sich die einzelnen Zellen von einander; nur hie und da bleiben sie noch durch feine Fortsätze mit einander vereinigt.

2. Die Zellgranulationen Altmann's, welche normaler Weise eine hohe Affinität zu dem Fuchsinfarbstoff zeigen, verlieren dieselbe.

3. Die nach Altmann's Angaben behandelten Kerne der Zellen färben sich roth und zeigen ihren Contour durch lange Zeit deutlich.

4. Allmälig wird das sonst fettarme Gewebe fettreich; das Fett tritt sowohl im Körper und Kern der Zellen, als auch ausserhalb derselben auf. Es bildet sich an Ort und Stelle, nicht etwa durch Einwanderung.

Auf diesen Fettzerfall der Zellen weist nun Verf. mit besonderem Nachdruck hin. Altmann, Hauser, Kraus, Dannehl u. A. m. haben vor ihm diese Erscheinung verfolgt und dem Ursprung des Fetts nachgeforscht. Altmann fand, dass seine fuchsinophilen Granulationen sich in Fett umwandeln können, sowohl am Rande, wie auch in ihrer Gesammtmasse. K. bestätigt diese Beobachtung, wenigstens für das Lebergewebe des Salamanders, während es ihm bei den warmblütigen Thieren sehr zweifelhaft erscheint, ob hier den fuchsinophilen Granulationen diese Fähigkeit der Fettumwandlung eignet. Hier muss man an das Vorhandensein noch anderer feinerer Zellgranula denken, welche sich zu den Farbstoffen anders verhalten und zu dem obigen Phänomen der Fettmetamorphose in causaler Beziehung stehen dürften. Doch diesen ist vorläufig mit unsern jetzigen optischen Hilfsmitteln nicht beizukommen.

Ernst Liebitzky (Prag).

Exner, S. Die Functionen der menschlichen Haare. Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 30. März 1896. Wiener klin. Wochenschr. 1896. Nr. 14.

Schon die Abstammungslehre, die Ontogenese und die atavistischen Missbildungen sprechen dafür, dass die Ahnen des Menschengeschlechtes ein Haarkleid getragen haben, das sich von dem der heutigen anthropoiden Affen kaum wesentlich unterschieden haben wird. Man kann daher mit Darwin die Anschauung vertreten, dass die Enthaarung des Menschen ein erst durch Zuchtwahl entstandener secundärer Geschlechtscharakter sei; ebenso erklärt sich die kräftige Entwickelung des Haarbestandes im Gesichte des Mannes und am Kopfe überhaupt. Auf Grund morphologischer Untersuchungen stellt Maurer die These auf, dass gewisse aus Epithelzellen, cylindrischen Zellen und Nervenfasern bestehende Gebilde bei Fischen und Amphibien die Urform der Haare darstellen und als Sinnesorgane aufgefasst werden müssen, die mit Aenderung der Lebensbedingungen der höher entwickelten Organismen auch ihre Function wesentlich geändert haben.

Was die Functionen der Haare an verschiedenen Körperstellen betrifft, [illegible]. 1. Das Haar als Tastorgan. Besonders die Cilien sind, wie bekannt, sehr empfindlich auf die leichteste Berührung hin und lösen reflectorisch Blinzelbewegungen aus. v. Mises fand, dass um jede Cilienwurzel ein kreisförmiger Ring markhaltiger Nervenfasern gelegt sei. Exner hat ein Stückchen Eisenfeile an eine Cilie geklebt und dem [illegible] eines Elektromagneten ausgesetzt und schon diese minimale Wirkung hat sich als Berührungsempfindung kundgegeben. Immer noch recht empfindlich, wenn auch etwas weniger als die Cilien sind die Augenbrauen. Die um das Auge angeordneten Haare sind die empfindlichsten des menschlichen Körpers und sind als Schutzapparat des Bulbus aufzufassen, indem sie reflectorisch Lidschluss bewirken. Die Haare um das Auge sind ferner Schutzvorrichtungen gegen den herabrieselnden Schweiss, gegen Staub und Regen. Nächst den kleinen Haaren sind am wenigsten erregbar die Kopf- und Barthaare und am wenigsten Tasthaare sind die der Urogenital- und Analgegend, sowie die der Achselgegend. 2. Das Haar als Walze. Ueberall wo zwei Hautflächen sich aneinander reiben, sind Haare dazwischen gelagert, um die Bewegung zu erleichtern. Die wirre Kräuselung der Haare durcheinander fördert die Bewegung nach allen Raumrichtungen. Die Haare der Schamgegend scheinen auch diesem Zwecke zu dienen bei der geschlechtlichen Vereinigung. 3. Das Haar als Temperaturregulator. Die Haarsubstanz als solche ist ein schlechter Wärmeleiter; gesteigert wird diese Eigenschaft durch die in die Hornsubstanz eingelagerte Luft. Auch gegen strahlende Wärme bieten die Haare einen sehr wichtigen Schutz, besonders gegen die Bestrahlung durch die Sonne. Bei gut behaartem Kopfe treffen die Strahlen zunächst die Haare und erwärmen dieselben, demzufolge ihre Temperatur steigt und ihre Ausstrahlung zunimmt. Eine Berechnung zeigt, dass die behaarte Kopfhaut 15mal besser ausstrahlt, als eine gleich grosse nackte Kopffläche. Versuche

an der Leichenkopfhaut zeigten, dass die Bestrahlung der nackten Kopfhälfte die Temperatur im Inneren einer hohlen Glasschale rascher ansteigen lässt, als die Bestrahlung der behaarten Kopfhälfte. Die zwischen den Haaren befindliche, schwer bewegliche Luft wird bei der Rückstrahlung der Wärme aus den Haaren erwärmt und dieses Moment spielt bei Entstehung des Sonnenstiches eine grosse Rolle. 4. Das Haar als Schmuck. Als Function betrachtet ist es Resultat der geschlechtlichen Zuchtwahl. Horovitz (Wien).

Auburtin, Gaston. Ueber physiologische und pathologische Verschiedenheiten des Haarbodens. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Auburtin untersuchte mit Hilfe von Serienschnitten an 43 Leichen die Alters- und Geschlechtsverschiedenheiten des Haarbodens der Kopfhaare. Er fand 4 Formen von Haarkreisen nebeneinander. Die Stärke der Haare war nach dem Alter verschieden: 49—67% schwache Haare im Kindesalter, 25% im Alter von 20—50 J., 64—70% im Alter von 70—80 J. Die Ursache glaubt er darin zu sehen, dass die schwachen Haare durch eine Modification des Haarwechsels entstehen. Die Ersatzhaare werden schwächer bis zum feinen Lanugohärchen, das dann endlich ausfällt. (?) A. untersuchte noch andere Verschiedenheiten des Haarbodens; den Haarbalg mit seinen Erweiterungen, die Auswüchse der äusseren Wurzelscheide, die Cystenbildung in den Schweissdrüsen und zuletzt noch die verschiedenen Vegetationsstufen der Haare. Die Differenzen in der Zahl der Kolbenhaare (20—46%) führt er auf die Verschiedenheit des Geschlechts, der Haarfarbe, auf vorausgegangene Infectionskrankheiten und Kachexien zurück. (vide oben Ref. 4.)

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Ziegelroth. Das specifische Gewicht des Blutes nach starkem Schwitzen. Virchow's Archiv, 1896, Band 146, Heft 3.

Durch ein Schwitzbad wird nach den Untersuchungen Ziegelroth's das specifische Gewicht des Blutes nur ganz unmerklich geändert, auch wenn grosse Quantitäten Schweiss abgegeben wurden. Die durch letzteren abgesonderte Flüssigkeitsmenge entstammt somit nicht der Blutflüssigkeit, sondern dem im Gewebe vorhandenen Wasser, das Gewebe wird daher dabei specifisch schwerer und functionstüchtiger. Analoge Verhältnisse finden sich auch nach einem Aderlass, den Z. bei anämischen Luetikern mit gummösen Infiltraten und dergl. empfielt.

Gustav Tandler (Prag).

Sierig, Karl. Ueber die Beeinflussung der Körpertemperatur durch einige auf die Haut gepinselte Arzneimittel. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Durch Einpinselung von Lösungen oder Einreibung von Salben verschiedener Arzneimittel (Guajacol, Cocain etc.) auf die unversehrte Epidermis erzielte Sierig eine Temperatur-Herabsetzung bei Fieberkranken, die nach einigen Stunden eintrat, kurze Zeit anhielt, um dann wieder zu verschwinden resp. einer deutlichen Erhöhung der Temperatur,

manchmal unter Schüttelfrost, Platz zu machen. S. glaubt dies nicht auf eine Resorption des Medicaments, sondern auf eine nervöse Wirkung zurückführen zu müssen, die von der Haut reflectorisch auf die Wärmecentren vermittelt wird. Denn einerseits liessen die bekannten Antifebrilia (Antipyrin u. Chinin) im Stiche, andererseits konnte er beobachten, dass die Wirkung bei Guajacol-Einpinselungen ausblieb, wenn der N. ischiadicus des Beines, an welchem die Einpinselung stattgefunden, durchschnitten war. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Schneider, Louis. Loretin als Wundverbandmittel. Inaug.-Diss. Strassburg 1895.

Loretin, eines der in neuester Zeit so zahlreich aufgetauchten Jodoform-Ersatzmittel, wurde von Schneider auch bei verschiedenen Hautaffectionen (oberfl. Verbrennungen, Ekzemen, Erysipel, syphil. Necrosen, Ulcus cruris etc.) angewandt, ohne besonderen Vortheil gegenüber den alten bekannten Heilmitteln. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Breslauer, Eugen. Ueber die antibakterielle Wirkung der Salben mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Constituentien auf den Desinfectionswerth. Inaug.-Diss. Breslau 1895.

Breslauer untersuchte verschiedene Salbenconstituentien auf ihre Desinfectionskraft. Er bestrich zu diesem Zwecke kleinste Objectträger mit verschiedenen Mikroorganismen, brachte dieselben alsdann erst mit den zu untersuchenden Salben für verschiedene Zeiten in Contact, entfernte die Salbe alsdann wieder mittelst Aether und untersuchte dann die Mikroorganismen auf Nährböden auf ihre Wachsthumsfähigkeit. Er kommt dabei auf Grund zahlreicher Versuche zu dem Schlusse, dass Lanolin und Unguentum leniens in Verbindung mit Desinficientien den weitaus grössten Desinfectionswerth besitzen und dass Vaselin und Fett, in noch höherem Grade Oel, als Constituentien die Desinfectionskraft einer Salbe auf ein Minimum reduciren, d. h. sie abschwächen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Meyer, Rudolf. Untersuchungen über die Wirkung des Argentum-Caseïn im Vergleich zu der des Argentum nitricum und des Aethylendiaminsilberphosphates. Inaug.-Diss. Breslau 1894.

Die von Meyer angestellten Untersuchungen über die chemischen und pharmakologischen Eigenschaften des Argonins (Argentum-Caseïns) im Vergleiche zu dem Argentum nitricum und Argentamin (Aethylendiaminsilberphosphat) ergeben für das Argonin, dass daselbe ein Desinfectionsmittel von nicht unbeträchtlicher antiseptischer Kraft ist, welches weder mit dem Eiweiss noch mit den Chloriden des Körpers einen Niederschlag gibt und in den antiseptisch wirksamen Concentrationen weder reizend noch ätzend wirkt. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Hochsinger, Karl. Gegen die Anwendung der Carbolsäure und des Jodoform bei Neugeborenen. Der Kinderarzt. VII. 1896. Heft 9—10.

Hochsinger macht neuerdings darauf aufmerksam, dass Carbolsäure und Jodoform, abgesehen von ihrer hochgradigen Toxicität für den Organismus der Neugebornen und Säuglinge, auch ungemein leicht zu acuten Dermatitiden bei diesen führen, welche für das Leben derselben verhängnissvoll werden können. Die missbräuchliche Anwendung des Jodoform erfolgt gewöhnlich seitens nichtärztlicher Pflegepersonen (Hebammen, Wärterinen, Kinderpflegerinen) in Form von Streupulvern für die Nabelwunde. Rituelle Beschneider pulvern die Circumcisionswunde mit Jodoform ein oder verbinden dieselbe mit 20procentiger Jodoformgaze. H. berichtet über einen Todesfall nach Jodoform-Nabelverband und drei schwere Jodoform-Dermatiden und Ekzeme bei Säuglingen in Folge der angedeuteten Anwendungsweise des Jodoform, bezüglich welcher das Originale nachzusehen wäre. Autoreferat.

Hasse, Oskar. Zur Krebsheilung. Virchow's Archiv 1896. Band 146, Heft 2.

Nach Mittheilung dreier, selbst beobachteter Fälle von Spontanheilung eines Magencarcinoms, beschreibt Hasse Fälle von Carcinomen, bei welchen er durch fortgesetzte Injection von Alkohol in das Gewebe um den Tumor herum Schwund des letzteren erzielte. Stets handelte es sich um Brustkrebse, von welchen H. bisher 20 Fälle ohne Misserfolg nach oben geschilderter Methode behandelt hat. Gustav Tandler (Prag).

Leredde. Essai d'une classification pathogénique des dermatoses. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII., N. 6. juin 1896, pag. 802.

Leredde schliesst diesen Artikel mit den Worten: „Wir wollen es nicht unternehmen, die vorgeschlagene Classification weiter zu entwickeln; der Zweck dieser Arbeit ist mehr ein neues System vorzuschlagen, das allseitig zu studiren wäre, als die Lösung dieser Aufgabe selbst zu geben. Viel wichtiger scheint uns der Geist dieser Classification, als die Detailausführung, bei der leider noch so ausserordentlich viele Punkte dunkel bleiben.“ Auf ungefähr 20 Seiten werden alle Probleme der heutigen Dermatologie in geistreicher, aber nicht ergründender Weise gestreift. Zu einem Referat eignet sich deshalb dieser Artikel nicht. Weshalb, wenn man selbst bei der „Masse dunkler Punkte“ die Unmöglichkeit zugeben muss, immer Versuche zu neuen Systemen, in die nicht zwei Beobachter übereinstimmend die beobachteten Affectionen einzutragen vermögen? Gerade in dem gegenwärtigen Augenblick der allgemeinen Revolution in der Dermatologie sind derartige Versuche wirklich verschwendete Mühe. L. will auf pathogenetischer Grundlage folgende allgemeine Classification vorschlagen:

Primäre Erkrankungen		traumatische.	
		parasitäre.	
Secundäre Erkrankungen	1. Functionelle Störungen	nervösen	Ursprungs.
		hämog. (sanguinen)	
	2. Dermosen	nervösen	
		hämogenen	

Missbildungen, Neoplasmen. E. von Düring (Constantinopel).

Sensibilitätsneurosen.

Arnstein. Deux cas de prurit très [illegible] et prolongé guéri par l'emploi systématique de l'antipyrine. [illegible] Lek. 1894. Nr. 4[illegible] Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 18[illegible], p. [illegible]

Arnstein empfiehlt bei hartnäckigem Pruritus den [illegible] längere Zeit fortgesetzten innerlichen Gebrauch von Antipyrin und berichtet zwei diesbezügliche Krankengeschichten.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Anomalien der Secretion und des Secretions-apparates.

Heusner, C. Beitrag zur Behandlung der Hyperidrosis. Deutsche med. Wochenschr. 189[illegible], Nr. 44.

Heusner bespricht eingehend zahlreiche, innerlich und äusserlich empfohlene Mittel gegen Hyperidrosis um als wirksamstes Antihidroticum folgende Zusammensetzung zu empfehlen: Per[illegible] 1%, Acid. formicic. 5%, Chloralhydrat 5%, in Alkohol gelöst. Bei [illegible] Schweissen ist das Mittel mittelst Wattebäuschens, bei allgemeiner Hyperidrosis mittelst Zerstäubers anzuwenden. Bei hartnäckigen localen Schweissen wird der Gehalt der einzelnen Bestandtheile verdoppelt oder 1% Tri[illegible]essigsäure hinzugefügt.

O. Rosenthal.

Rafin. Tumeurs sébacées multiples. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 430.

Der Société des sciences médicales de Lyon stellt Rafin einen 42jährigen Patienten vor, dessen Mutter an denselben Tumoren der Kopfhaut leidet, der an seinem behaarten Kopf, an Rücken, Brust, linkem Vorderarm und Hoden zahlreiche erbsen- bis nussgrosse Tumoren zeigt. Die ersten derselben entstanden am Hoden im Alter von 12 Jahren. Die Haut darüber ist rosa gefärbt, dem Tumor adhärent, sonst unverändert. Vortragender rubricirt diesen Fall unter die von Poncet multiple Cylindrome und Berard Epithelioma sebaceum genannten Tumoren. Mikroskopisch war ein Plattenepitheliom zu constatiren, ohne Gewissheit, ob dasselbe von den Talg- oder Schweissdrüsen ausging.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Haan. Otite externe d'origine séborrhéique. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 318.

Haan bespricht im Anschluss an zwei Fälle die Möglichkeit des Auftretens seborrhoischer Processe des äusseren Gehörgangs (mit Bildung von Ceruminalpfropfen und dadurch eventuell verursachter Taubheit) im Anschluss an Seborrhoe der Kopf- und Gesichtshaut.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

Michaelis, Adolf. Zum Incubationsstadium der Rötheln. Der Kinderarzt VI. 1895, S. 65.

Michaelis ist in der Lage gewesen, an seinen eigenen beiden Kindern, welche von einem befreundeten Schulkinde mit Rubeolen inficirt wurden, mit grösster Präcision eine 19tägige Incubationsdauer der Röthelerkrankung festzustellen und meint, dass die nahezu doppelt so lange Incubationsdauer der Rubeolen eines der wichtigsten Momente zur Auffassung der Rubeolen als selbständige Erkrankung den Masern gegenüber darstellt. Hochsinger (Wien).

Claus. Eine Masern- und Röthelnepidemie. Jahrb. für Kinderh. XXXVIII, S. 37 ff.

Eine vom Winter 1892 bis Sommer 1893 in der Kinderheilanstalt Dresden-Altstadt herrschende Masernepidermie, über welche Claus eingehend Bericht erstattet, verlief im Allgemeinen günstig; einen schlimmen Ausgang nahmen nur jene Erkrankungen, bei welchen im Gefolge der Morbillen secundäre Diphtherie oder Croup auftrat. Die Incubationszeit der Morbillen, welche in mehreren Fällen mit grosser Wahrscheinlichkeit, in einem Falle mit absoluter Sicherheit zu berechnen war, betrug 9—14 Tage, die Zeit von der Infection bis zum Ausbruche des Exanthems 13—15 Tage, die Zeit von der Infection bis zur vollen Entwicklung des Ausschlags 14—16 Tage. Verf. konnte eine Uebertragung des Maserngiftes durch Mittelpersonen oder Gegenstände nicht nachweisen. Durch hochgradige Infectiosität zeichneten sich besonders das Prodromalstadium und das exanthematische Stadium der Masern während der Blüthe des Exanthems aus. Bei fünf Kindern, welche Masern schon vorher einmal durchgemacht hatten, entwickelte sich ohne Prodromalsymptome, unter geringem Fieber, ohne wesentliche katarrhalische Erscheinungen neuerdings ein Exanthem, welches sich nur aus wenigen scharf abgegrenzten, mässig erhabenen blassrothen Efflorescenzen zusammensetzte und in kurzer Zeit wieder schwand. Verf. fasst diese Exanthemformen als eine Masernrecidive auf. Interessant sind 12 Fälle von Doppelerkrankung an Masern und Rötheln, bei welchen die Kinder dem Berichte zu Folge zuerst an einem flüchtigen unter leichten Katarrhen und geringem Fieber auftretenden Exanthem erkrankten, welchem kurze Zeit darnach ein typisches Masernexanthem folgte. Das Charakteristische für die Rubeolen-Diagnose erblickt Claus bei sporadischen Fällen in dem plötzlichen Auftreten des Exanthems ohne Prodrome. Bei Epidemien bieten der durchwegs leichte Verlauf (? Red.), das Fehlen von Complicationen und Nachkrankheiten und das verschiedenartige Aussehen des Exanthems differentialdiagnostische Anhaltspunkte den Masern gegenüber.

Hochsinger (Wien).

Hase, Theodor. Ein Beitrag zur Statistik der Erkrankung an Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Recidive und Pseudorecidive. Jahrb. für Kinderheilk. XXXIX, p. 58 ff.

Von 2453 in den Jahren 1871 bis 1893 im Kinderhospital zu St. Petersburg behandelten Scharlachkranken starben, wie dem Berichte Theodor Hase's zu entnehmen, 770 Kinder. Die höchste Zahl der Erkrankungen fiel auf das Alter über 6 Jahre, das Maximum der Mortalität auf das Alter von 1—2 Jahren. Unter 1664 vom Jahre 1885 bis 1893 behandelten Scharlachfällen beobachtete H. 6 Pseudorecidiven (d. h. die Wiederkehr des bereits geschwundenen Exanthems bei Fortbestehen der übrigen Scharlachsymptome). Eigentliche Scharlachrecidiven, d. h. plötzliches Wiedereinsetzen sämmtlicher Scharlachsymptome, nachdem die primären bereits völlig geschwunden waren, beobachtete Verf. in dieser Zeit 15mal und zwar brachte die Recidive keine besonderen Complicationen mit sich, sowie auch die primäre Erkrankung in diesen Fällen meist nur leicht war. Das secundäre Exanthem war immer schwächer ausgeprägt als das primäre und dauerte auch kürzere Zeit als jenes. Die Temperatur war bald während der ersten, bald während der 2. Erkrankung höher. Nephritiden traten oft in beiden Perioden auf. Die Pseudorecidiven setzten zu Ende der ersten oder Mitte der 2. Woche, die Recidiven in der 3—6. Woche ein. Anhangsweise theilt Verf. 2 Fälle von Masernrecidive mit. Hochsinger (Wien).

Friedemann, J. H. Ueber den Verlauf der Schutzpockenimpfung bei einer Reihe abnorm schwächlicher Säuglinge und Kinder. Jahrbuch für Kinderh. XXXVIII, 324—353.

An 6 wegen drohender Blatterngefahr gleichzeitig geimpften abnorm schwächlichen Säuglingen machte Friedemann Studien über das Vaccinefieber und schildert die vaccinale Fieberreaction folgendermassen: Am 5—7. Tage steigt die Temperatur über die Norm, fällt am selben oder folgenden Tage ein wenig, steigt hierauf rasch wieder an, erreicht 2—4 Tage nach der ersten Erhebung ihre höchste Höhe und zeigt nun entweder einen remittirenden oder continuirlichen Charakter. Die Entfieberung erfolgte stets am 12. Tage nach stattgehabter Vaccination in einer der Masernentfieberung sehr ähnlichen Weise. Das Vaccinefieber stand in keinem Verhältniss zur localen Impfreaction. Die interessante, von Gast, Behm und Wolff genau studirte Thatsache, dass die Impfung neugeborener Kinder niemals von Fieber gefolgt ist, sucht F. damit zu erklären, dass das Blut Neugeborener eine bedeutend grössere Menge bakterieller Blutzellen (? Red.) enthielt, als das älterer Kinder. Hochsinger (Wien).

Wolffberg, Tilsit. Ueber die Schutzwirkung der Impfung, sowie über die Erfolge des deutschen Impfgesetzes vom 8. April 1874. (Centralbl. für allgem. Gesundheitspflege 1896. Heft 5, S. 151.)

Die Arbeit Wolffberg's ist aus Anlass des Jenner-Jubiläums entstanden; der auf dem Gebiete der Impffrage so sehr verdiente Forscher gibt an der Hand amtlicher Quellen sowie eigener Studien eine historische Uebersicht über den Einfluss der Impfung auf den Verlauf der Pockenepidemien, sowie des einzelnen Krankheitsfalles. Bezüglich der interes-

santen Details müssen wir auf die Arbeit selbst verweisen und greifen nur das Wichtigste aus der Arbeit Wolffberg's heraus, dass nämlich in Deutschland im Vergleich zu den Nachbarstaaten insbesondere seit dem Jahre 1875, seit der Einführung des deutschen Impfgesetzes, welches die Erstimpfung vor Ablauf des auf die Geburt folgenden Kalenderjahres, die Revaccination aber für Schulkinder in dem Jahre vorschreibt, in welchem sie das 12. Lebensjahr vollenden, die Erkrankungen an Variola in eclatanter Weise bis auf ein Minimum zurückgegangen sind. Nach Ansicht Wolffberg's müssen wir immer daran festhalten, dass nicht erwartet werden kann, dass alle Geimpften einen absoluten Schutz gegen die Pocken besitzen; die Impfung vermag immer nur einen bald grösseren bald geringeren Antheil der Empfänglichkeit zu löschen. Jede neue Impfung wird aber voraussichtlich den bereits vorhandenen Schutzgrad erhöhen. Besonders sollten in der Zeit der Gefahr die Erwachsenen die Wiederimpfung nicht versäumen; denn die Erwachsenen sind durch die Pocken vermöge ihrer hohen natürlichen Empfänglichkeit fast immer besonders heftig bedroht, und je älter wir werden, um so dringender ist dies zu beherzigen. Joh. Fabry (Dortmund).

Steiner, A. Zur Casuistik der Secundärinfection bei Varicellen. Centralbl. f. Kdhlkde. I. 1896. Nr. 3, p. 81.

Unter Bezugnahme auf einen von Brunner (Deutsch. Medicinalzeitung 1896. Nr. 1) veröffentlichten Fall von allgemeiner Staphylococceninfection nach Varicellen theilt A. Steiner (Karlsruhe) eine Krankengeschichte mit, ein 9 Monate altes Kind betreffend, welches während des Decrustationsstadiums der Varicellen plötzlich von hohem Fieber ergriffen wurde. Es entwickelt sich eine acute Osteomyelitis des rechten Oberschenkels, welche innerhalb dreier Tage zum tödtlichen Ausgange führte. Die Sectionsdiagnose lautete: Osteomyelitis et Periostitis femoris dextri acuta infectiosa et septicopyaemia. Varicellae in stadio decrustationis. Hochsinger (Wien).

Levaschew, M. S. Les microorganismes du typhus exanthematique et leur rôle étiologique. (Archives des Sciences biologiques, St. Pétersbourg 1895, Tome IV, Nr. 4.)

Die Untersuchungen, welche Levaschew gelegentlich der im Jahre 1891 in Kasan herrschenden Epidemie (500 Erkrankungen) angestellt hat, bedeuten einen grossen Fortschritt in der Kenntniss der Aetiologie dieser Krankheit und lassen an der specifischen Natur der von ihm entdeckten Mikroorganismen kaum einen Zweifel aufkommen. Früher schon war es Hlava, sowie Moreau und Cochez gelungen, beim exanthematischen Typhus zu constanten Bacillenbefunden zu gelangen, deren Specifität jedoch nicht einmal ihre Entdecker gerade heraus betont hatten. L. ist es gelungen, bei an Typhus exanth. erkrankten Menschen in dem der Fingerhaut, oder direct den Cubitalvenen ja selbst der Milz entnommenen Blute unter dem Mikroskope, besonders bei sehr fein aufgetragener Blutschicht und bei Verwendung einer Apochromatlinse von 1000—2000-facher Vergrösserung, zwischen den rothen Blutkörperchen corpusculäre

Elemente zu entdecken. Es sind dies vollkommen runde, reguläre Coccen von 0·2—0·5 μ Durchmesser, einzeln, als Diplococcen oder in kurzen Ketten angeordnet, oft in lebhafter Eigenbewegung (sie zeigen manchmal äusserst feine 6—10mal so lange Fortsätze an einem Pole, mit welchen sie sich unter einander und an die rothen Blutkörperchen anheften). Unter allen Farbstoffen erwiesen sich diese Elemente für saturirte, wässerige Fuchsinlösung und alkalisches Methylenblau am zugänglichsten. Reinculturen auf den üblichen Nährböden gelangen nicht, aber vielleicht liess sich dieser Mikrococcus exanthematicus auf menschlichen albuminoiden Substanzen reinzüchten. L. impfte also auf Ascitesflüssigkeit und pleuritisches Serum und erhielt jedesmal positive Resultate. Der Mikrococcus exanthematicus Levaschew's kreist im Blute der Kranken, findet sich ferner im Secrete der so häufig ergriffenen Bindehaut, des Respirationstractes und ist am sichersten und zahlreichsten während der Acme der Krankheit zu constatiren; in den Hautefflorescenzen liess er sich nicht nachweisen. Er ist von allen bisher bekannten Schizomyceten gut zu unterscheiden und darf auch nicht mit den Hämatoblasten Bizzozero's identificirt werden. Die Ergebnisse seiner Thierexperimente will Verf. in einer zweiten Arbeit mittheilen. Ernst Liebitzky (Prag).

Tartacovsky, R. Contribution à l'étiologie de la peste bovine. (Archives des sciences biologiques, St. Pétersbourg 1895. Tome IV, Nr. 3.)

Von all den vielen Mikroorganismen, welche von verschiedenen Autoren bei der Rinderpest gefunden und für die Erreger derselben erklärt worden sind, ist kein einziger anzuerkennen; die meisten derselben sind auch in den Organen gesunder Thiere nachzuweisen. Im Blute und den innern Organen fand Tartacovsky keine Bakterien; nichts destoweniger gelang die Uebertragung der Krankheit durch Ueberimpfung von Rinderpestblut. Wahrscheinlich ist die Krankheit durch Sporozoen verursacht.

Ernst Liebitzky (Prag).

Wezler, Wilhelm. Zur Statistik und Klinik des Erysipelas faciei. Inaug.-Diss. Erlangen 1895.

Nichts Neues. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Kurth, H. Ueber das Vorkommen von Streptococcen bei Impetigo contagiosa. (Arbeiten aus dem kais. Gesundheitsamt, Bd. VIII, 1893. Heft 2, p. 294—310) ref. nach Baumgarten's Jahresbericht. Bd. IX, p. 25.

In einer Reihe von aus den verschiedensten Gegenden stammenden Fällen von Impetigo contagiosa hat Kurth stetig entweder allein oder in Gemeinschaft mit dem Staphylococcus pyogenes einen und denselben Streptococcus gefunden, wohl charakterisirt und unterschieden von den bekannten Streptococcen-Arten. Bei Impfung auf weisse Mäuse führt die Reincultur örtliche Eiterung und nachher durch Allgemeininfection den Tod der Thiere herbei; werden hingegen zur Impfung ältere Culturen verwendet, so ist das Resultat ein anderes, indem die Virulenz der Culturen abnimmt; es tritt dann später nur ausnahmsweise der Tod ein.

K. ist geneigt, den von ihm beschriebenen Streptococcus für die alleinige Ursache der Impetigo zu halten, er hält jedoch vorläufig noch mit seinem Urtheil zurück, da ein ausreichender bakteriologischer Beweis im Sinne Koch's doch noch nicht erbracht ist. Der vom Autor eingeschlagene Weg ist jedenfalls der richtige, um die Frage der Infectiosität der Impetigo contagiosa, die klinisch so lange feststeht, auch bakteriologisch zu lösen. Joh. Fabry (Dortmund).

Audry. Sur une tuberculose cutanée à forme ecthymateuse. Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 469.

Zu den von Gaucher, Hallopeau und Anderen publicirten impetiginösen oder besser pustulösen Formen von Hauttuberculose berichtet Audry einen neuen Beitrag. Bei einem 11jährigen Mädchen bestand seit längerer Zeit auf der linken Wange eine bräunlichröthliche, trockene, etwa 1 Francstück grosse Borke, unter der sich etwas Eiter befand. Die Haut darunter war roth, zerklüftet, etwas eingesunken, die Ränder nicht indurirt, die umgebende Haut normal, wenig Drüsen vorhanden. Eine zweite, ähnlich, nur grössere Stelle fand sich an der Innenfläche des rechten Beines. Die Diagnose wurde zunächst auf durch Infection verursachte Impetigo gestellt und eine antiseptische Behandlung angeordnet. Nachdem diese absolut keinen Erfolg zeigte, und auch auf Jodkali keine Besserung eintrat, wurden die beiden Stellen excidirt und ein typischer Lupus verrucosus unter dem Mikroskop diagnosticirt. Bei genauer Untersuchung des Kindes fanden sich noch an 2 anderen Stellen des Körpers 2 bräunliche, durch einige Lupusknötchen verursachte Plaques, die ebenfalls excidirt wurden. Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Hoffmann, K. von. Ein Fall von Impftuberculose. Wr. klin. Wochenschrift 1896. Nr. 14.

Eine 47 Jahre alte Frau pflegte eine Zeit lang ihr an Lungentuberculose leidendes Kind und verletzte sich mit einer Nähnadel den Zeigefinger gelegentlich der Ausbesserung der Wäsche dieses kranken Kindes. Die Stichwunde blutete nicht, ihre Umgebung schwoll einige Stunden nach der Verletzung an; am nächsten Tage war der ganze Finger diffus geschwellt, roth und schmerzhaft. Es kam zu einem Panaritum, zur chronischen Geschwürsbildung und zur Entwickelung tuberculöser Knötchen in der Nähe des Panaritum. Eine oberflächliche Lymphgefässentzündung verbreitete den Process gegen die Axillardrüsen. Eingreifende chirurgische Operationen brachten Heilung. Horowitz (Wien).

Derville. Traitement du lupus. Journal des Sc. médicales de Lille. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 444.

Derville empfiehlt bei kleinen isolirten Lupusknötchen, wie sich solche entweder in der Peripherie grösserer Heerde oder in alten Narben finden, folgende Therapie. Zuerst geht er mit einem möglichst spitzen, langen Scarificator (dem Vidalschen Scarificator) in das Knötchen ein, dreht das Instrument in demselben um und gibt dann in das so gesetzte Loch ein Stückchen reines Chlorzink. Es bildet sich sofort ein Schorf, der circa 14 Tage anhaftet und unter dem das Knötchen ausheilt. Even-

tuell ist die Procedur nach 14 Tagen nochmals zu wiederholen. Während die Vortheile, geringe Schmerzhaftigkeit, Nichtbehinderung der Patienten durch einen Verband, sehr sichere Wirkung, in die Augen fallend sind, bestehen die einzigen Nachtheile in einer eventuellen Hässlichkeit der Narbe, die sich jedoch auch verbessern lässt, und in Narbenretraction bei Anwendung in der Nähe des Mundes oder der Nase.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Moty. Traitement du lupus. Bullentin médical du Nord. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 447.

Moty empfiehlt in den Fällen von Lupus, die nicht exulcerirt sind, sondern die nur aus einzelne Knötchen bestehen, alle vier bis acht Tage zu wiederholende Injectionen mit Naphtholkampheröl in das Centrum der einzelnen Knötchen. Gleich nach der Injection (etwa ½ Tropfen) bildet sich bei den grösseren ein Schorf, unter dem sich eine gute Narbe bildet, bei den kleineren nur eine Entzündung, unter der die Knötchen verschwinden. Verf. hat diese Therapie bisher in 10—12 Fällen angewendet und ist mit ihr zufrieden; selbstverständlich beobachtet er die Patienten nach ihrer Entlassung noch circa 1 Jahr wegen eventueller Recidive. Der einzige Nachtheil dieser Therapie sind eventuell eintretende Erysipele, den sie jedoch mit anderen operativen Methoden theilen.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Spire. Du lupus de la langue. Arch. clin. de Bordeaux, Dec. 1895. Referirt im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896, p. 183.

Zu den bisher in der Literatur spärlich vertretenen Fällen von Zungenlupus fugt Spire drei neue, von ihm beobachtete hinzu. Bei allen drei Fällen zeigte sich der Lupus als eine warzige, grauröthlich verfärbte, erhabene Plaque von ziemlich harter Consistenz und absoluter Schmerzlosigkeit. In allen bisher publicirten Fallen sei er mit Lupus des Pharynx oder Larynx combinirt gewesen und zwar sei er von diesen Organen auf die Hinterfläche und später eventuell, der Raphe folgend, auf die Vorderfläche der Zunge gekrochen. Alle Fälle seien bei ihrer absoluten Schmerzlosigkeit zufällig constatirt worden. Als Therapie empfiehlt Verfasser die Ignipunctur als wirksamstes und, nach Cocainisirung, schmerzloses Mittel. Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Schultze. Duisburg. Vortrag „über die chirurgische Behandlung des Lupus", gehalten im Verein der Aerzte des Regierungsbezirks Düsseldorf. Mai 1895. Correspondenzblatt der ärztlichen Vereine in Rheinland und Westfalen 1895, Nr. 56, p. 6.

Schultze ist der Ueberzeugung, dass die bisherige Behandlung des Lupus mit Aetzmitteln, Salben und Paquelin, desgleichen die ursprünglich so enthusiastisch aufgenommenen Tuberculin-Injectionen sehr wenig zufriedenstellende Resultate ergeben hätten, dass dagegen die von Thiersch empfohlene Behandlung, nach Art der bösartigen Geschwülste, die kranken Stellen total zu exstirpiren und den Defect durch Transplantation zu decken, sowohl curativ wie kosmetisch sich sehr bewähre.

Etwa vorhandene Reizzustände werden vor Vornahme der Operation durch Bleiwasserumschläge entfernt. Redner stellt eine Reihe derartig behandelter und geheilter Patienten vor mit zum Theil sehr ausgedehntem Gesichtslupus. In der Discussion spricht sich Ehrenberg auf Grund eigener Erfahrungen in der Klinik von Thiersch durchaus übereinstimmend aus. Beide Redner heben hervor, dass sich für die Methode mehr die Fälle von oberflächlichem Lupus eignen. Hierbei bleibt nach Ansicht des Referenten zu bedenken, dass es sich oft erst bei der Operation herausstellt, ob der Lupus tiefer greift oder nicht; selbst aber auch tiefer greifende Lupusfälle eignen sich für die Transplantation.

Joh. Fabry (Dortmund).

Fabry, Johann, Dortmund. Ueber die Behandlung des Lupus mit besonderer Berücksichtigung der Transplantationen nach Thiersch. Sitzung des Vereins der Aerzte im Reg. Bezirk Arnsberg. 12. Mai 1896.

Fabry bespricht zunächst kurz die pathologische Anatomie und die klinische Diagnose des Lupus speciell der verschiedenen Lupusformen; er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Formen des Lupus, die mit tuberculöser Erkrankung tiefer gelegener Gewebe complicirt sind, auf den sogenannten chirurgischen Lupus. Indem der Redner dann die verschiedenen älteren und neueren Behandlungsweisen einer Besprechung unterzieht, betont er besonders die Wichtigkeit einer Frühdiagnose beim Lupus. Grade im Frühstadium ist der schönste Erfolg zu erzielen, vorausgesetzt, dass die Behandlung eine gründliche und eingreifende ist und nicht die schönste Zeit zum operativen Handeln mit der Anwendung von Aetzsalben und Aetzpflastern verloren geht. Von den chirurgischen Methoden bevorzugt Vortragender seit Jahren die Thiersche Transplantation nach vorhergegangener Excision bei Auswahl der Fälle als diejenige, welche hinsichtlich der Vermeidung von Recidiven Vorzügliches leistet. Zur Erläuterung seines Vortrages stellt F. mehrere Patienten vor, die eine ganze Reihe von Jahren post operationem recidivfrei geblieben sind mit recht gutem kosmetischem Resultat, ferner mehrere Patienten, bei denen kurze Zeit vorher sehr ausgedehnte Excisionen der Gesichtshaut ausgeführt wurden und bei denen schon nach wenigen Wochen schöne glatte und feste Ueberhäutung eingetreten war. An der recht lebhaften Discussion betheiligt sich in erster Linie Professor Löbker, Bochum, der in allen wesentlichen Punkten mit dem Vortragenden übereinstimmt.

Joh. Fabry (Dortmund).

Rille. Lupusbehandlung. Demonstr. in der k. k. Gesellschaft der Arzte in Wien, 22. Febr. 1896. (Wr. Klin. Wochenschft. 1896. 9.)

Rille exstirpirte einen Lupus vulgaris, der vom Ohre bis an den Mundwinkel und vom Kieferwinkel bis an den Augenhöhlenrand sich etablirt hatte, durch Umschneidung in einer Sitzung und transplantirte auf die wenig blutende Fläche etwa 8 Lamellen aus dem Oberschenkel. Beim ersten Verbandwechsel waren die Lamellen angeheilt.

Horowitz (Wien).

Schneider, Richard. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lupus und Lues hereditaria tarda.

Im ersten von Schneider beschriebenen Falle wird die schon klinisch sichere Diagnose auf Lupus durch die Section, bei der zahlreiche tuberculöse Herde gefunden werden, bestätigt. Der zweite Fall ist anamnestisch wie klinisch ein unzweifelhafter Fall von Lues hered. tarda. Neue differentialdiagnostische Merkmale werden nicht beigebracht.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Steinhauser, P. Ueber Lupus-Carcinom. Inaug.-Diss. Tübingen 1894.

Als Lupus-Carcinom bezeichnet Steinhauser eine eigenthümliche Form von Carcinom, welche sich von dem gewöhnlichen Haut-Carcinom wesentlich unterscheidet, besonders durch das Auftreten im jugendlichen und ersten Mannesalter, als auch durch die ganz auffallende Malignität der Geschwulstbildung. St. unterscheidet nach Lang zwischen lupösem Narbencarcinom und eigentlichem Lupus-Carcinom, je nachdem das Carcinom in der Narbe eines längst geheilten Lupus auftrat, oder ob dasselbe an einen bestehenden Lupus sich anschloss. Bei der grossen Häufigkeit der Affection — St. stellt aus der Literatur 78 Fälle zusammen und theilt noch 5 neue Fälle mit — erkennt St. in der Combination von Lupus und Carcinom nicht ein zufälliges Zusammentreffen, sondern er betrachtet den lupösen Process als ein prädisponirendes Moment für die Carcinom-Entwicklung. Ed. Oppenheimer (Strassburg.)

Audry. Sur les dégénérescences cellulaires dans les parois de l'abscès actinomycosique sous-cutané. Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1896, p. 147.

Audry fand in der Wand eines aktinomykotischen Abscesses zwei verschiedene Sorten von Zellen; die einen waren gross und rund mit granulirtem Protoplasma und rundem oder ovalem, gut färbbaren Kern; diese Zellen vergrösserten sich allmälig, wobei der Kern an die Seite gedrückt wurde und allmälig ganz verschwand, während die Zellen ebenfalls in dem umliegendem Gewebe untergingen. Audry weiss selbst nicht anzugeben, was das für Zellen seien, hält sie aber vielleicht für mononucleäre Leukocyten. Die zweiten, nach der Gram'schen Färbung sichtbar werdenden Zellen waren grösser, mit groben blauen Granulationen vollgestopft, und resultirten von einer besonderen Art von protoplasmatischer Degeneration, die, aber nach des Verf. Ansicht, Nichts mit dem eigentlichen aktinomykotischen Process zu thun hat.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Habel, A. Ueber Aktinomykose. Virchow's Archiv, 1896, Band 146, Heft 1.

Habel bespricht fünf Fälle von Aktinomykose sammt Sectionsbefund; in allen Fällen handelte es sich um Erkrankung visceraler Organe. Die Krankheit verläuft bald unter dem Bilde einer Lungentuberculose, bald unter dem einer Peritonitis oder Perityphlitis. Unzweifelhafte klinische Symptome für Aktinomykose sind nach der Meinung H. nicht vorhanden,

die Diagnose lässt sich nur durch den Nachweis von Aktinomyces-Körnchen im Sputum oder Eiter stellen. Gustav Tandler (Prag).

Gemy. La lèpre en Algérie. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 243.

Gemy macht in dem Bulletin médical de l' Algérie auf die Lepra in Algier, die besonders in einem Quartier (la Carriére genannt) haust, aufmerksam. Ein eifriger Anhänger der Contagiositätslehre glaubt er, dass man bei genauer Untersuchung der mohamedanischen und jüdischen Bevölkerung noch viel mehr Leprafälle constatiren würde, und macht besonders auf die Gefahr der Einschleppung durch die aus den verseuchten Provinzen Spaniens (Valencia und Alicante) Einwandernden aufmerksam, die bei ihrem Eintritt in's Land genau untersucht werden sollten. Er plaidirt für Hospitalisirung, wenigstens für möglichste Verbesserung des Gesundheitszustandes der Leprösen und Desinfection ihrer Umgebung.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Arnaud. Quelques observations sur la lèpre en Tunisie. Un cas de cette affection traité par les injections de tuberculine. Annales de dermatologie et syphiligraphie. Tome. VII. Nr. 3. März 1896. p. 293.

Lepra scheint nach Arnaud in Tunis nicht sehr verbreitet zu sein, obwohl Verf. meint, dass eine eingehende Enquête zahlreichere Fälle sowohl unter den Italo-Maltesern wie unter den Muselmanen zeigen werde. Er selbst hat 5 Fälle gesehen. Auf Grund eines näher beschriebenen und beobachteten Falles kommt A. zu folgenden Schlüssen: 1. Die Lepra ist nicht hereditär. Der Patient, um den es sich handelt, hat drei gesunde Kinder. 2. Die Contagiosität ist nicht sehr ausgesprochen („lente"); denn es leben viele Personen mit diesem Kranken in naher Berührung ohne angesteckt zu sein. 3. Tuberculininjectionen scheinen nicht unwirksam zu sein; vorläufig, bis zu etwas besserem, sind sie das beste Mittel und haben bei A's. Patienten einen entschiedenen Stillstand der Krankheit und Zurückgehen der Symptome zur Folge gehabt. Jedoch sollen 4. die Dosen 2—3 Millig. nicht überschreiten, da die Reaction sehr heftig ist. E. von Düring (Constantinopel).

Brocq, L. Note pour servir à l'histoire des éruptions d'origine palustre. Éruption eczématiforme circonscrite persistante du nez de nature palustre. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. 1896. Nr. 1.

Der von Brocq mitgetheilte Fall interessirt weniger der Affection wegen, als wegen der Erklärung, die Verf. demselben gibt. Bei einer 40j. verheirateten Dame, die von B. schon früher an einem Ekzem der Hände mit Erfolg behandelt war, zeigte sich links peripher auf der Nase eine etwas unregelmässig begrenzte, im ganzen ovale Eruption, etwa 1 Cm. hoch und 1½ Cm. breit, mit gerötheter Basis. Es bestand etwas Schwellung und Röthung; auf der Oberfläche sah man ca. 2 Millimeter Durchmesser haltende „Papulo-Vesikeln", 7—8 an der Zahl, von grau-gelblicher Farbe, ohne Krüstchen, leicht nässend. Subjectiv empfand Pat. Morgens früh Brennen und Stechen, nicht gerade eigentliches Jucken. Nachmittags

pflegten diese Beschwerden zu verschwinden. Die Affection hatte sich in einem Monat aus 2—3 dicht neben einander stehenden Knötchen entwickelt. — B. stellte zunächst die Diagnose auf Ekzem — die Therapie erwies sich aber vollständig machtlos. Die Beobachtung nun, dass die Affection in regelmässigem Typus alle 2 Tage sich verschlimmerte, dass dann am nächsten Tage eine weniger heftige Attaque und darauf ein Tag ohne Verschlimmerung folgte, brachte B. auf den Gedanken, ob es sich hier vielleicht um eine Hautaffection auf Grund von Malaria handelte. Die Anfälle traten Früh gegen 4 oder 5 Uhr ein, steigerten sich bis 8 Uhr, liessen dann nach, um Nachmittags ganz aufzuhören. Zu dieser Zeit waren Schwellung, Röthung und Nässen, sowie die subjectiven Symptome scharf ausgesprochen, um nachher zu verschwinden. Die Darreichung von Chinin führte in zwei Tagen eine Besserung herbei, die Monate fortgesetzte locale Behandlung nicht zu erreichen vermocht hatte. B. erörtert kurz die Frage der Hautaffectionen bei Paludismus und spricht die Ansicht aus, dass man im vorliegenden Falle die einem nummulären Ekzem ähnelnde Affection direct als eine Aeusserung des Paludismus und nicht als eine, den Fieberanfall begleitende (herpesähnliche) Hautcomplication anzusehen habe. Er schliesst mit diesen Folgerungen: 1. Der angeführte Fall muss unter die noch wenig bekannten Dermatosen eingereiht, welche die reinen und echten cutanen Formen der larvirten Malaria bilden. 2. Dass gegenüber einer hartnäckigen Hautaffection mit etwas ungewöhnlichen Symptomen immer an die Möglichkeit der Malaria gedacht werden muss. 3. Dass Chinin und Arsenik in diesen Fällen wahre Specifica sind, während die locale Therapie vollständig machtlos ist. 4. Dass man die von Verneuil und Mercklen zaghaft vorgeschlagene Classe der „Paludiden" — für die vorstehender Fall ein Beispiel ist — als zu Recht bestehend anerkennen muss.

E. von Düring (Constantinopel).

Erythematöse, ekzematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

Mayer, Albert. Ueber einen Fall von infectiösem Erythem. Der Kinderarzt VII. 1896. H. 6. p. 97.

Albert Mayer berichtet über einen dreijährigen Knaben, welcher im Anschlusse an eine Kopfwunde unter gleichzeitig auftretender Nackendrüsenschwellung von einem Erythema papulatum morbilliforme mit typisch pyämischem Fieberverlauf ergriffen wurde. Das Erythem persistirte 14 Tage lang. Auf der Acme des Processes erreichte die Abendtemperatur die enorme Höhe von 42°, die Morgentemperatur desselben Tages betrug nur 35°. Drei Wochen nach Heilung der Affection neuerliche Drüsenschwellung wieder mit pyämischem Fiebertypus und neuerlichem Erythem-Ausbruch. Abermalige Genesung nach 8 Tagen. Gegen die Auf-

fassung dieses recidivirenden Erythems als eines septico-pyämischen kann wohl kein Zweifel erhoben werden. Hochsinger (Wien).

Coulon et **Verny**. Eruption antipyrinique. Bulletin médicale du Nord 8. Mai 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 310.

Zu der schon grossen Zahl von berichteten Antipyrinintoxicationen bringen Coulon und Verny einen neuen Beitrag. Ein junger Mann erkrankte 8 Stunden nach Einnehmen von 1·0 Antipyrin unter heftigem Jucken und Auftreten grosser rother Flecke auf dem Körper, im Mund, Gaumen, Penis und Präputium. Aus diesen Flecken entstanden 8 Tage später Blasen, die mit Hinterlassung von pigmentirten Stellen abheilten. 14 Tage später nahm Patient, der diesen Ausschlag nicht dem genommenen Antipyrin, sondern vorher genossenen Austern zuschrieb, wieder Antipyrin, und es zeigte sich bald darauf dieselbe Erscheinung, nur in noch erhöhtem Masse, in Verbindung mit einer heftigen Conjunctivitis. Die Heilung dauerte in diesem 2. Falle über 11 Tage.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Ruyssen. Erythème quinique. Bull. med. du Nord. 24. juillet. 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 574.

Der an Malaria leidende Patient Ruyssen's bekam jedes Mal nach Einnehmen von 1·0 Chinin einen aus verschieden grossen, rothen, erhabenen, erythematösen Plaques und kleineren maculo-papulösen Efflorescenzen bestehenden stark juckenden Ausschlag an den Streckseiten der Arme und an einzelnen anderen Stellen des Körpers.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Bäumer, Eduard. Beiträge zur Histologie der Urticaria simplex und pigmentosa. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Im Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XXXIV in extenso veröffentlicht.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Spek, van der. L'urticaire infantile. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 325.

Van der Spek bespricht in einer ausführlichen Arbeit die Ansichten der verschiedenen Autoren und die seinen über Auftreten, Aetiologie, Prognose, Complicationen und Therapie der Urticaria der kleinen Kinder. Gleich den meisten neueren Autoren hält er die Mehrzahl der Fälle durch Autointoxication vom Magen-Darmcanal aus bedingt, lässt jedoch für die Minderzahl auch andere Erklärungen, Dentition, Veränderung des Hautgefässsystems u. s. w. zu.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Lutaud. Sur une variété d'herpès pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic: l'herpès puerpéral. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 36.

Die 5 Patientinen Lutaud's erkrankten im 3. oder 4. Tage ihres Puerperiums unter heftigen Fiebererscheinungen und am folgenden Tage auftretendem Herpes labialis, womit das Fieber sofort abfiel. Die Discussion dreht sich nun darum, ob man einen eigenen Herpes puerperalis

vor sich hatte, der auch die Veranlassung des vorausgegangenen Fiebers gewesen sei, oder ob beides, Fieber und Herpes, durch eine bei der Geburt gesetzte Infection bedingt sei, analog dem Herpes bei Pneumonie, Meningitis. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Comby. Desquamation dans la fièvre typhoïde chez les enfants. Société méd. des hôpitaux. Journ. des mal. cut. et syph. 1896. p. 213.

Comby hat die schon von Weill behauptete Thatsache des Auftretens mehr oder weniger intensiver Hautschälungen nach typhösen Fiebern bei Kindern nachgeprüft und bestätigt gefunden. Diese Abschuppung ist bald kleienförmig, bald war sie lamellenförmig mit grösseren oder kleineren Hautlamellen. Comby hat nun weiter gefunden, dass diese Abschuppung bedingt ist durch die im Stadium der Defervescenz auftretenden Sudamina, dass diese Eruptionen ein günstiges prognostisches Zeichen bilden, dass sie jedoch keineswegs nur dem typhösen Fieber eigen sind, sondern auch bei und nach anderen acuten, fieberhaften Krankheiten bei Kindern auftreten können. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Barbary. Sur un cas de maladie de Werlhof. — Forme activ. — De l'influence heureuse de l'a[illegible] dans le traitement. — Durée, 3 semaines. — Guérison. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 553.

Barbary berichtet über einen ohne Prodromalstadium eingetretenen Fall von schwerem Morbus maculosus Werlhofii mit profusen Blutungen aus Nase, Mund und Darm, der unter grossen Alkoholdosen innerhalb 3 Wochen geheilt wurde. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Troquart. Lymphangite septique. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 481.

Die Patientin Troquart's, ein junges Mädchen, war vor 5 Tagen von einer Fliege auf die rechte Hand gestochen worden. Im Verlauf kurzer Zeit entwickelte sich ein bis auf den Vorderarm reichendes Oedem mit Lymphangitis. Das Interessante an dem Fall ist der Umstand, dass Patientin vor 2 Jahren schon einmal durch einen Fliegenstich an der linken Hand in noch höherem Grade, als diesmal, ein Oedem der Hand und eine bis in die Achselhöhle sich erstreckende Lymphangitis mit Fieber durchgemacht hatte. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Christlieb, Otto. Ueber Stomatitis und Vulvitis aphthosa. Inaug.-Diss. Würzburg 1895.

Christlieb beschreibt einen seltenen Fall von Geschwüren an der Vulva, die weder in das klinische Bild der Ulcera mollia noch luetischer Geschwüre hineinpassen und wegen gleichzeitig bestehender Stomatitis aphthosa mit dieser in Verbindung gebracht wurden. Daneben bestand noch ein Erythema nodosum des Unterschenkels. Der weitere Verlauf der Geschwüre an der Vulva wie im Rachen und Kehlkopf bestätigte die Diagnose der so seltenen, von Neumann zuerst beschriebenen Erkrankung. Als besonders wichtig für die Differentialdiagnose dürfte gegenüber luetischen Geschwüren die ausserordentliche Schmerzhaftigkeit bei leisester Berührung, das Fehlen von Induration und die leichte Unterminirung

der Ränder, gegenüber dem Ulcus molle vor Allem die Nicht-Uebertragbarkeit durch Impfung hervorzuheben sein. Das Erythem ist wohl als septisches aufzufassen. (Die Differentialdiagnose ist jedenfalls eine sehr schwierige und mit Sicherheit wohl nur bei gleichzeitiger epidemischer Aphthosis zu stellen. Ref.) Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Gobert. Furonculose traitée par la levure de bière à l'interieur. Journal des Sc. Méd. de Lille, 22. Febr. 1896. Referirt im Journal des maladiès cutanées et syphilitiques 1896 p. 187.

Gobert berichtet über einen Fall von hartnäckiger multipler Furunkulose, welche durch den innerlichen Gebrauch von frischer Bierhefe innerhalb 12 Tagen völlig geheilt wurde.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Brocq, L. Nouvelles notes cliniques sur les lichenifications et les névrodermites. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome. VII. Nr. 6 juin 1896. p. 779. Nr. 7 juillet 1896 p. 924.

Brocq gibt eine zusammenfassende, kritische Uebersicht seiner eigenen, in den Jahren 1891—1892 veröffentlichten Anschauungen über das oben angegebene Thema, mit neuen klinischen Beobachtungen belegt. Anlass hiezu geben ihm die seither erschienenen Arbeiten von Neisser, Tommassoli, Pringle, besonders aber Touton's Arbeit. Die Arbeit zerfällt in zwei Theile: die Nevrodermiten und die secundären Lichenificationen. Zunächst spricht B. über die Pathogenese des Lichén simplex circumscriptus Vidal's, oder nach B.'s. Nomenclatur névrodermite chronique circonscrite. Für Referenten, der im wesentlichen durchaus auf dem Brocq'schen Standpunkt steht — sicher soweit es den klinischen Theil angeht — hilden die mitgetheilten Beobachtungen eine Bestätigung zahlreicher eigener Erfahrungen. Es handelt sich, um B's. eigene Worte zu gebrauchen, um einen „circumscripten Pruritus, der sich mit lichenification pure allmälig complicirt. B. zieht die Bezeichnung lichenification pure der früher von ihm gebrauchten lichenification primaire vor. In die Details dieses Capitels, besonders die Erörterung, weshalb Läsionen der peripheren Nerven vielleicht gar nicht gefunden werden und inwieweit Form und Anordnung der Affectionen auf nervösen Ursprung schliessen lassen, können wir hier nicht eingehen; sie stehen mit den klinischen Beobachtungen nicht auf gleicher Höhe. — Sodann geht Brocq zu den „névrodermites diffuses à type objectif de lichenification pure“ über. Die Existenz dieses Typus ist mehr bestritten; die diffusen Fälle sind schwerer zu analysiren und kommen seltener vor. B. theilt zwei sehr gut beobachtete Krankengeschichten mit, geht dann sehr eingehend auf die Differentialdiagnose ein, bei der er Eczem, Lichen ruber planus, Chronische Urticaria, den „prurigo diathésique“ Besnier's ausschliesst. Mit einer kleinen Abschweifung geht B. zu einer Nebeneinanderstellung seiner Nevrodermiten und der Besnier'schen „prurigo diathésiques“ über. Es würde den Rahmen des Referats überschreiten, wenn wir auf diese interessante Frage näher eingehen wollten. — Das wesentliche für die in Rede stehende Affection ist stets, dass zunächst ein primärer, diffuser Pruritus

besteht, der von einer diffusen, reinen, wenig hervortretenden Lichenification gefolgt ist. Die Névrodermite diffuse wird beobachtet bei Neuropathen, bei denen sie unter irgend welchen secundären Momenten — Uebermudung, Gemüthsbewegung, Schrecken, Excesse unter Jucken zum Ausbruch kommt; die Folge des Kratzens ist dann die Lichenification. Selten ist der ganze Körper von Beginn an befallen meist sind es zunächst die Extremitäten, später Thorax und Bauch, seltener Gesicht und Stirn, die befallen werden; die Affection ist beinahe immer symmetrisch. Das Jucken kann continuirlich sein, oft aber tritt das Jucken anfallsweise auf, bis zu förmlichen Nervenkrisen, meist Abends. Unter dem Einfluss des Juckens tritt manchmal rasch, manchmal erst nach Wochen Lichenification ein. Allmälig werden die Pseudo-Papeln zahlreicher, confluirender, die Haut röthet sich oder wird pigmentirt, sie wird runzelig, chagrinirt, sammtähnlich, sie ist rauh und trockener, die Hautfältchen werden gedrängter und flacher, wenn, was meist der Fall ist, die Infiltration zu Beginn unbedeutend ist, vertiefen sich und werden von einander entfernt, wenn später die Infiltration bedeutender wird. Meist sind die Läsionen in Plaques von grösserer oder geringer Ausdehnung verstreut, ohne scharfe Grenzen. Nachdem die Affection einige Wochen bis Monate bestanden hat, tritt spontane Heilung: Aufhören des Juckens, Rückbildung der durch das Kratzen hervorgerufenen Lichenificationen ein — aber Recidive sind häufig. — In einem weiteren, durchaus theoretischen Capitel bespricht B. dann „le graphique des névrodermites" — die Beziehungen der circumscripten und chronischen Neurodermiten zu den Neurodermien, Pruritus senilis (diffus) und den circumscripten Neurodermien; weiter zu der Lichen ruber Gruppe. Eine Verwandtschaft nimmt B. hier nicht an, denn beim Lichen ist die Papel das Ursprüngliche; nur den „Lichen ruber obtusus corné" nähert er den Neurodermiten. Weiter werden dann die Beziehungen zur Hebra'schen Prurigo, mit der Zwischenstation der Prurigo diathésique eczémato-lichénienne, der chronischen Urticaria, den recidivirenden chronischen und den papulösen Eczemen besprochen; nebenbei erwähnt wird auch — anscheinend doch sehr fraglich — Mycosis fungoides. — Es ist nicht möglich, diese z. Th. sehr beachtenswerthen, z. Th. discutablen, z. Th. entschieden zu spitzfindigen Raisonnements im Referat wiederzugeben. — In einem zweiten Theil — bedeutend kürzer, als der erste — bespricht Brocq dann die sogenannten secundären Lichenificationen. „Studium einiger der Veränderungen, welche die Lichenificationen gewissen Dermatosen aufdrücken" überschreibt er diesen Abschnitt. Zunächst spricht er von dem Eczema seborrhoicum psoriatiforme der behaarten Kopfhaut, das sich mit Lichenificationen complicirt. Es sind dies die Fälle, wo festanhaftende, graue Schuppen eine stark infiltrirte Haut bedecken, jene Fälle, die fast jeder noch so energischen Therapie spotten. — Circumscripte Lichenificationen beobachtet B. auch bei dem trockenen Eczema seborrhoic. capitis — der Pytirasis capitis. Die befallenen Individuen sind meist Arthritiker. Zum Beschluss bespricht B. dann noch das Auftreten der Lichenification beim

Lichen ruber planus selbst. Hier scheint B. gar zu speculativ! — Es ist aber zweifellos, dass wir klinisch in der von B. eingeschlagenen Richtung noch viel zu arbeiten haben und grossen Vortheil daraus ziehen werden. In das Capitel des Eczems ist damit entschieden Bresche gelegt!

E. von Düring (Constantinopel).

(So weit der Herr Referent! Wir glauben jedoch darauf hinweisen zu dürfen, dass Ferdinand Hebra es war, der in seiner grundlegenden Arbeit über Scabies im Jahre 1844 auf Grund von Experiment und klinischer Beobachtung die Lehre aufgestellt und durch alle Phasen seines Lehrens wiederholt hat, dass durch Kratzen allein, also bei jeder Art von Jucken, das zu Kratzen Anlass gibt, Eczem aller möglichen Formen hervorgerufen wird und dass Hebra damit auch die richtige Bresche gebrochen hatte in die früheren Anschauungen über Eczem, d. i. in die Krasenlehre. Freilich ist der Ausdruck: „Kratzen ruft Eczem hervor" viel simpler als „Lichenification" und „Eczematisation" und Alle die von Brocq aufgestellten. Jedenfalls muss im Interesse historischer Wahrheit dagegen Einspruch erhoben werden, als hätte Brocq es entdeckt, dass Kratzen Eczem erzeugt. Ferd. Hebra hat dies gethan u. zw. schon im Jahre 1844. Kaposi.)

Schanzenbach, Otto. Ueber einen Fall von Eczema tuberculosum. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Schanzenbach hat auf Schweninger's Klinik eine Patientin, die an einem Recidiv eines Eczems litt, das klinisch sich wohl als Eczema madid. et crustos. faciei et capillitii charakterisirte, mit Tuberculin-Injectionen von 1—100 Mg. behandelt, bei gleichzeitiger örtlicher Behandlung mit Thiolumschlägen, Pinselungen mit 5% Argent. nitr. etc. Weil die Patientin nach der 3. und 4. Injection mit je 5 Mg. mit örtlichen und allgemeinen Erscheinungen reagirte, und alsdann — bei gleichzeitig fortgesetzter Localbehandlung und unter Recidiven — nach 6 Monaten endlich Heilung eingetreten war, glaubt Sch. den Fall als Eczema tubercul. bezeichnen zu dürfen. Tuberkelbacillen sind dabei in der erkrankten Haut nicht nachgewiesen worden. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Haushalter. Présentation d'un cas d'eczéma séborrhéique généralisé psoriasiforme. Société de médecine de Nancy. Journal des mal. cut. et syph. 1895 p. 476.

Haushalter stellt einen 9jährigen Knaben mit einem „universellen seborrhoischen Eczem" vor, das durch seine grossen schuppenden Plaques einer Psoriasis ähnelt. Nur die Hohlhände und Fusssohlen sind frei geblieben; das Bett des Patienten mit Schuppen besät. In einer Anmerkung berichtet H., dass nach 14 Tagen schon eine enorme Besserung unter täglichen Seifenbädern und Einreibungen mit 5% Resorcinglycerin eingetreten sei. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Ruyssen. Eczéma professionel. Bull. méd. du Nord. 1896, p. 440. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 573.

[illegible] Exanthem der linken Kniekehle, dem [illegible] der rechten Kniekehle vorangegangen war, bei [illegible] der unteren Extremitäten [illegible] Vortragender will [illegible] Wa[illegible] am Oberschenkel, und da[illegible] Grund für ein artificielles [illegible]

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Dünges. Zur Behandlung des Ekzems im Kindesalter. Centralbl. f. Kinderheilk. [illegible]

[illegible] Ekzem an den Hinterbacken [illegible] Weise. Das Kind wird [illegible] werden die [illegible] Partien mit [illegible] dann wird Guttaperchapapier direct auf die [illegible] Partien applicirt und mittelst der Windeln an [illegible] Haut vor dem [illegible] und [illegible] gelegt [illegible] die [illegible]

Hochsinger (Wien).

Freche. Des éruptions cutanées chez les hystériques. Journal des maladies cutanées et syphilitiques [illegible], p. 4.

Nach einer [illegible] der bei Hysterischen vorkommenden Hauterscheinungen [illegible] der Urticaria, des hysterischen Pemphigus und der Gangrän, berichtet Freche die Krankengeschichte eines [illegible] hysterischen Mädchens, welche ausser anderen hysterischen Symptomen [illegible] Vorderarme und Handrücken [illegible] Die Haut war [illegible] oedematös [illegible] Im Verlauf der Behandlung, welche [illegible] stellte sich ein schnell [illegible] Pemphigus [illegible] der linken Hohlhand ein.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Etienne. Éruption cutanée hystérique. Journal des mal. cut. et syph. [illegible], p. 2[illegible]

Etienne [illegible] Patienten, welcher [illegible] unter plötzlicher [illegible] von [illegible] verändertem Ekzem am [illegible] Oberschenkel und von [illegible] Lichenknötchen an der Brust befallen wurde. Vortragender hält die Affection für eine durch [illegible] Autointoxication.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Walsche. [illegible] Psoriasis praeputialis. La Clinique de Bruxelles, 13 Februar [illegible] Journal des mal. cut. et syph. [illegible], p. 3[illegible]

Der Patient Walsche's bemerkte 8 Tage nach einem verdächtigen Coitus [illegible] Stellen an seinem Praeputium, während sich an

Penis und Hoden mehrere serpiginöse, röthliche, theilweise leicht schuppende Affectionen zeigten. Die genaue Untersuchung ergab eine Psoriasis, zumal sich auch an den Ellbogen einige typische Stellen befanden. Als einige Tage später sich einige neue Stellen am Präputium, mit Schwellung desselben und der Leistendrüsen zeigten, verordnete ein zweiter consultirter Arzt eine Inunctionscur, indem er eine Lues diagnosticirte. Unter oder vielmehr durch diese Einreibungen entstand, um das Bild noch mehr zu verwirren, ein roseolaähnliches Exanthem, das jedoch nach Aussetzen der Einreibungen bald abblasste, ebenso wie die Psoriasisstellen nach geeigneter Therapie nach 3 Monaten völlig verschwanden.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Méneau. Un cas de contagion apparente de psoriasis. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896, p. 32.

Méneau berichtet über eine seit 6 Monaten bestehende Psoriasis des behaarten Kopfes bei einem 5jährigen Mädchen, die möglicherweise durch eine Uebertragung vermittelst des gemeinsamen Kammes von einer 3 Jahr älteren, an Psoriasis universalis leidenden Schwester entstanden ist.

Paul Neisser (Beuthen o. S.).

Luton. Traitement du psoriasis par la noix vomique. Union médicale du Nord-Est 1896, Nr. 7. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 439.

Luton berichtet über die Heilung zweier hartnäckiger Fälle von Psoriasis mit Extr. nucis vomicae, von dem er täglich eine Pille à 0·05 gab und empfiehlt weitere Versuche bei schweren Fällen damit zu machen.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Daverac. Vaste psoriasis chez une femme syphilitique avantageusement traitée par le cérat. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 33.

Daverac demonstrirt eine an einer alten Syphilis leidende Pat., welche von einer sehr ausgedehnten Psoriasis vulgaris durch die Anwendung einer einfachen Wachssalbe geheilt wurde.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Jocqs. Guérison d'une „plaque lisse" de la langue (psoriasis lingual) par le bleu de méthyle. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 308.

Jocqs berichtet über die Heilung einer Leukoplakie, die den Träger derselben beim Rauchen und Trinken scharfer Getränke sehr schmerzte und die schon mehrfach ohne Erfolg antisyphilitisch behandelt worden war, durch fortgesetzte Pinselungen mit 20% Methylenblau.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Filaretopoulo. Sur un pemphigus aigu grave. Mort par septicémie. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 556.

Filaretopoulo berichtet über einen binnen 8 Tagen zum Exitus führenden Fall von Pemphigus acutus bei einer 32jährigen, bis dahin gesunden Frau. Die Anfänge der Erkrankung zeigten sich auf dem Rücken, den Genitalien und den Gaumen; in zwei Tagen war fast die

ganze Körper [illegible] Fieber, Brennen. [illegible] trat [illegible] nach 9 Tagen der Exitus ein.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Barmeyer. Paul. Ueber einen Fall von Pemphigus chronicus. Inaug.-Diss. München 1895.

[illegible] Barmeyer [illegible] Falle von Pemphigus vulgaris [illegible] war 3 Wochen vorher [illegible] die Blasen gleichsam als [illegible] auch die Schwere des Verlaufs [illegible] Allgemeinsymptomen [illegible] grösser. [illegible] Blasen [illegible] des Mundes war [illegible] et cornea, der auf der [illegible] Seite zur fast [illegible] führte.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Broelemann. Max. Beitrag zur Lehre des Pemphigus. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über den heutigen Stand der Pemphigusfrage [illegible] Broelemann einen Fall von Pemphigus [illegible] er auf der Lewin'schen [illegible] hatte. Er betraf eine [illegible] Virgo, die mit starker [illegible] nach einer Woche an [illegible] Pemphigus [illegible] Stillstand der Eruptionen, die [illegible] bei Wiedergebrauch sistirten.

An [illegible] ging die Pat. nach 3 Monaten zu Grunde, ohne dass die Section etwas [illegible] für Pemphigus ergeben konnte. B. ist geneigt Pemphigus [illegible] anzunehmen, da kein anderes [illegible] Moment [illegible] und auf [illegible] regelmässig Besserung resp. Stillstand eingetreten war.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Schloemann. Rudolf. Beitrag zur Lehre von der Pityriasis rubra pilaris Devergie. Inaug.-Diss. Strassburg 1895.

Schloemann beschreibt einen typischen Fall von Pityriasis rubra pilaris Devergie bei einem 48jährigen Kellner, bei welchem nach circa 500 Injectionen von Arsen in verschiedener Verdünnung und gleichzeitiger Behandlung mit Bädern vollständige Restitutio ad integrum des ganzen Körpers eingetreten war. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Coffin. Traitement des ulcères variqueux par la teinture d'Aloès. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896, p. 1.

Coffin empfiehlt bei kleineren bis etwa 5markstückgrossen Ulcera cruris die Application von Tinctura Aloes, darüber einen impermeablen Stoff und Verband, nach 4 Tagen eventuell Wiederholung der Procedur. Der bei der Einpinselung eintretende Schmerz sei nur von kurzer Dauer. Verf. hat sehr gute Resultate von dieser Therapie gesehen.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Frèche. Engelures papuleuses. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 180.

Frèche demonstrirt der Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux eine besondere Art von Erfrierung. Beide Hände sind mit kleinen, rothen, derben Papeln und hirsekorngrossen Bläschen bedeckt. Diese Art der Erkrankung ist bei dem 13jährigen Patienten, der alljährlich erfrorene Hände hat, dies Jahr zum erstenmal aufgetreten.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Ury Hans. Ein Fall von Mal perforant du pied. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

Ein seit 6 Jahren bestehendes Mal perforant beider Füsse mit häufigen Recidiven, mit Sensibilitätsstörungen und trophischen Veränderungen in der Umgebung der Geschwüre. Als ätiologisches Moment hebt Ury besonders hervor eine wahrscheinlich vorausgegangene Syphilis, in deren Folge sich einerseits eine Rückenmarksaffection, andererseits eine Endarteriitis obliterans syphil. entwickelt hat.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Bildungsanomalien.

Méneau. Un cas de maladie de Paget. Journal des maladies cutanées. et syphilitiques 1896, p. 31.

Méneau demonstrirt einen typischen Fall von seit 4 Jahren bestehender Paget disease. Die typische Farbe, das Beschränktsein auf die Brustwarze und ihre Umgebung, die Einziehung der Warze charakterisiren den Fall auf das Genaueste. In der Discussion sind alle sich an dieser Betheiligenden derselben Meinung, dass zur eventuellen Heilung die Exstirpation der Mamma mit allen dazu gehörigen Drüsen vorzunehmen sei.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Delore. Epithélioma primitif sébacé de la fesse. Journal des mal. cut et syph. 1896 p. 431.

Delore stellt eine 50jährige Patientin mit seit einem Jahre bestehenden Epithelioma sebaceum der rechten Glutealgegend und einen zweiten der Inguinalgegend vor. In der Discussion wird die Gutartigkeit dieser Affection, aber ihr häufiges Recidiviren betont.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Selberg, F. Ein Fall von Cancroid der Haut bei einem 6 Monate alten Kinde. Virchow's Archiv, 1896, Band 145, Heft 1.

Bei einem $1/2$ Jahr alten Kinde fand sich an der rechten Schulter oberhalb der Scapula ein wallnussgrosser, knolliger, an mehreren Stellen exulcerirter Tumor, dessen Entstehen vier Wochen post partum bemerkt worden war. Excision des Tumors, Naht, Heilung per primam; 4 Monate post operationem war das Kind vollkommen gesund. Histologisch erwies sich der Tumor als ein zweifelloses Cancroid der Haut.

Gustav Tandler (Prag)

Cordes, H. Ein casuistischer Beitrag zur Multiplicität der primären Carcinome. Virchow's Archiv, 1896, Band 145, Heft 2.

Bei der Section einer 77jährigen an Marasmus verstorbenen Frau fand sich ein primäres Adenocarcinom des Magens mit Metastasen im Magen, Netz, Peritoneum und retroperitonealen Lymphdrüsen, ferner ein gleichfalls primäres Plattenepithelcarcinom am Fusse mit secundärer Betheiligung der inguinalen Drüsen derselben Seite, demnach bei einem Individuum zwei primäre Krebstumoren. Gustav Tandler (Prag).

Bohm, H. Traumatische Epithelcyste und Fremdkörper-Riesenzellen in der Haut. Virchow's Archiv 1896, Band 144, Heft 2, Seite 276.

Bohm beschreibt drei Fälle von traumatischen Epithelcysten an der Hand, dadurch entstanden, dass durch irgend ein Trauma ein Stückchen Oberhaut aus seinem Zusammenhange gelöst und in die Tiefe der Cutis oder des Unterhautzellgewebes verpflanzt wurde. Indem nun dort die Zellen des losgelösten Stückchens ihre Thätigkeit fortsetzen, entsteht so langsam eine gewöhnlich bohnengrosse Epithelcyste, während sich unterdessen der Substanzverlust der Haut schon lange darüber geschlossen. Für die traumatische Natur dieser Cysten spricht das regelmässige Vorhandensein einer feinen Narbe der Haut über der Cyste. In einem Falle zog von der Oberhaut zur Cyste ein zarter Narbenstrang, in welchem sich zahlreiche Riesenzellen um Epidermisschollen gelagert vorfanden, welche Zellen als Fremdkörper-Riesenzellen gedeutet werden müssen.

Gustav Tandler (Prag).

Hallopeau, H. Nouvelle Etude sur le dermatite bulleuse congénitale avec kystes épidermiques. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Tome VI., Nr. 4. Avril 1896, p. 453.

Hallopeau theilt einen weiteren Fall der von Vidal als „lésions trophiques d'origine congénital à marche progressive", von Besnier als Ichthyosis congenita bullosa bezeichneten Affection, von der auch Referent vor einigen Jahren einen Fall in den Monatsheften für prakt. Dermatologie mitgetheilt hat. H. stellt folgende Schlusssätze auf.

1. Diese congenitale, bullöse Hautaffection, mit bleibenden Narben und Epidermiscysten ist unbedingt eine Krankheit sui generis.

2. Das Hauptcharacteristikum ist die Bildung gelb-seröser oder sero-sanguinolenter Bullae.

3. Ganz leichte Berührungen genügen, um das Auftreten dieser Bullae hervorzurufen.

4. Ihr Sitz ist mit Vorliebe Streckseite der Gelenke der Extremitäten, aber sie treten auch auf der Continuität derselben und am Stamme auf.

5. Meist sind sie schmerzlos, können aber während der acuten Nachschübe von lebhaftem Jucken begleitet sein; manchmal geht das Jucken voraus.

6. Die Bullae hinterlassen manchmal einfache anfangs pigmentirte, später entfärbte Maculae, manchmal meist ganz oberflächliche, unregelmässig runde oder ovale, isolirte oder confluirende, leicht deprimirte

oder wenig vorspringende Narben; meist sitzen dieselben an den Praedilectionsstellen, finden sich aber auch am Stamm. An den am meisten befallenen Stellen besteht gleichzeitig eine ausgesprochene Atrophie der Haut.

7. In den Maculae sieht man miliare Knötchen, von weisser oder gelblicher Farbe. Es sind Epidermiscysten, veranlasst wahrscheinlich durch die Obliteration eines Drüsenausführungsganges bei der Regeneration der Epidermis nach der Rückbildung der Bullae.

8. Die Elemente entsprechen in ihrer Vertheilung manchmal dem Lauf der Nervenstämme.

9. Es handelt sich wahrscheinlich nicht, wie Vidal meinte, um eine angeborene Ernährungsstörung, noch um eine Intoxication, wie es Hallopeau früher annahm, sondern um eine Trophoneurose.

10. Die Krankheit kann erblich sein; sie überträgt sich meist, jedoch nicht ausschliesslich, mütterlicherseits.

11. Von der angeborenen Anlage zum Auftreten der Bullae unterscheidet sich diese Affection durch ihren entzündlichen Charakter, durch die Localisationen, die Narben, die Atrophien, die Epidermiscystchen und durch die, der Nervenvertheilung folgenden, acuten Nachschübe.

E. von Düring (Constantinopel).

Fürstenheim, F. Kiemengangshautauswüchse mit knorpeligem Gerüste. Jahrb. f. Kinderh. XL., p. 248—251.

Die im Titel angeführte Missbildungsform, welche von Virchow, Weinlechner und Grimm bisher immer nur hemilateral gesehen wurde, fand Fürstenheim in 3 Fällen gleichzeitig über beiden Kopfnickern ohne nachweisbare Fistelöffnungen ausgeprägt. Es waren zitzenförmige, $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ Cm. lange häutige Fortsätze mit festem Gerüste, welche in verschiedener Höhe über der Artic. sterno-clav. ihren Sitz hatten und in die Tiefe des Zellgewebes vordrangen, ohne eine Verbindung mit einem knöchernen oder knorpeligen Gebilde des Halses einzugehen.

Hochsinger (Wien).

Tenneson, Leredde et **Martinet.** Sur un granulome innominé. Annales de dermatologie et de syphiligraphie Tome VII, Nr. 7. juillet 1896, p. 913.

Tenneson, gemeinschaftlich mit Leredde und Martinet, gibt eine klinische und anatomische Beschreibung einer in den letzten Jahren häufiger discutirten Affection. Es handelt sich um die von Brocq als Folliculites disséminées symétriques des parties glabres; von Barthélémy als Acnitis und Folliclis; von Pollitzer als Hydradenitis destruens suppurativa; von Dubreuilh als Idrosadénite suppurative disséminée; von Unna als Spirdenitis disseminata suppurativa beschriebene Affection. Tenneson hat zwei Fälle klinisch beobachtet und bei beiden Biopsien gemacht. Klinisch handelt es sich um eine, bei jungen, lymphatischen Individuen auftretende Bildung schmerzloser Knötchen, die unregelmässig verstreut überall, besonders aber auf den Fingerrücken, in der Handfläche und am freien Rande der Ohrmuschel auftreten; die grössten

[illegible] entwickeln sich [illegible] ... der Knötchen wird später [illegible] ... kraterförmige [illegible] ... entleert. Nach der [illegible] ... der Nachweis, dass [illegible] ... Umgebung [illegible] ... der Drüsen der Haut [illegible]

Interessant sind auch die kurzen [illegible] Bemerkungen. [illegible] ... Wenn man von der [illegible] ... was zur [illegible] ... so bleibt doch [illegible] etwas [illegible] ... anatomische Kriterien haben — [illegible] ... was sie unter „[illegible]" [illegible] ... Haut [illegible] oder „[illegible]" [illegible] oder anderen) ein [illegible] zur Entwickelung der erwähnten Granulome.

E. von Düring (Constantinopel).

Brandt, A. Eine Virago, mit Benutzung der von **W. Favr** ermittelten gynaekologischen Daten. Virchow's Archiv, 1[illegible]. Band 146. Heft 3.

Brandt beschreibt eine [illegible]jährige Virago, bei welcher bloss Stirn, Wangen, Hals, die von den herabhängenden Brüsten verdeckten Stellen des Thorax, ferner die Seitentheile [illegible], sowie die des Unterleibes mit Lanugo bedeckt sind. Alle übrigen Stellen sind dicht behaart, während die Extremitäten einzeln stehende, bis 1 Cm. lange, schwarze Haare aufweisen. Backen-, Schnurr- und Kinnbart bestehen aus straffen, schlichten, kastanienbraunen, roth melirten Haaren; der Backenbart ist bis 20 Cm., der Schnurrbart 4—5 Cm. lang, die Haare des Rumpfes schwarz, bis 4 Cm. lang. Die Hypertrichose, gegen welche die verschiedensten Mittel ohne Erfolg angewendet wurden, soll im [illegible]. Jahre der betreffenden Person während einer schweren puerperalen Pelvioperitonitis, die im Anschluss an eine Frühgeburt aufgetreten war, entstanden sein.

Gustav Tandler (Prag).

Ramirez, B. del Vielar. Ueber die Verruga peruana. Inaug.-Diss. Berlin 1[illegible]5.

Villar gibt eine sehr interessante monographische Darstellung dieser ausschliesslich in einigen tropisch gelegenen Hochthälern der peruanischen Anden vorkommenden Infectionskrankheit, die besonders für die weisse Race sehr gefährlich zu sein scheint. Auf die Einzelheiten der Aetiologie, Symptomatologie etc. hier einzugehen, dürfte für den Rahmen eines Referates zu weit gehen. Hervorzuheben sei nur, dass sich auf der Höhe der sehr schmerzhaften Krankheit ein juckendes Exanthem über den ganzen Körper entwickelt, aus welchem dann zahlreiche (100—200) kleinere und grössere in der Haut gelegene Tumoren hervorgehen können. Diese sind keine echten Verrugas (Warzen), sondern im papillären oder subcutanen Bindegewebe gelegene bindegewebige Tumoren.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Fuchs, E. Ueber Blepharochalasis (Erschlaffung der Lidhaut). Krankenvorstellung in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 6. December 1895. (Wiener klin. Wochenschrift 1896. Nr. 7.)

Nach Fuchs besteht das Wesen der Krankheit in einer Atrophie der Lidhaut mit Verdünnung und Elasticitätsverlust und in Folge dessen Ausdehnung derselben; ferner in einer Atrophie oder wenigstens Erschlaffung des Unterhautzellgewebes. Die hiebei auftrende Erweiterung der feinen Hautvenen wird als secundäre Erscheinung gedeutet, ebenso der leichte Grad von Ptosis. Die Krankheit befällt ausschliesslich die oberen Lider, tritt beiderseitig auf und betrifft vorzüglich die Lid-Haut. Zu Folge der Verdünnung und des Elasticitätsverlustes ist die Haut in unzählige, feine, nach allen Richtungen sich durchkreuzende Falten gelegt und wird nicht unpassend mit zerknittertem Cigarettenpapier verglichen. Die Empfindlichkeit der Haut gegen Tast- und Temperatureindrücke ist normal. Horovitz (Wien).

Kaposi, M. Mycosis fungoides und Sarcomatosis cutis. Demonstration in der k. k. Gesellschaft der Aerzte 28. Februar 1896. (Wiener klin. Wochenschrift 1896, Nr. 10.)

Diese 2 Fälle wurden 3 Monate zuvor mit folgenden Bemerkungen vorgestellt: Während Mycosis fung. in Anschluss an ein Erythem und Ekzem sich entwickelt, ging hier eine Pemphiguseruption voraus und daneben; die Therapie ist gegen das Uebel ohnmächtig, obschon einzelne Knoten sich auch spontan zurückbilden können; gewöhnlich letaler Ausgang. Die Sarcomatosis cutis hat viel Aehnlichkeit mit Mycosis fungoides; auch sie führt zum Tod, doch ist auf Arseniktherapie auch vollständige Genesung möglich. Die Sarcomatosis wurde innerlich mit Arsen behandelt, doch musste wegen Fieber und Diarrhoen diese Therapie unterbrochen werden; und dennoch ist ein vielfaches Schwinden der Geschwülste zu constatiren. Auch bei der Mycosis fung. musste die Arsenmedication wegen hohen Fiebers unterbrochen werden. Aber jetzt trat Abflachung der Knoten auf, die Blaseneruption wurde geringer und nach Ablauf einer inzwischen aufgetretenen acuten Nephritis, eines Hydrops und allgemeiner Hinfälligkeit schwanden die Knoten, es trat eine allgemeine seröse Ausschwitzung auf und die Kranke erholte sich. Horovitz (Wien).

Hennig, Karl. Hirsuties congenita cum hemiatrophia: melanosarcoma. Jahrb. für Kinderh. XL., p. [illegible]7—120.

Ein 3½ Jahre altes Mädchen, dessen Krankengeschichte K. Hennig mittheilt, wies an der rechten Wange, dem ganzen Rücken und stellenweise am rechten Oberarme dichten Haarwuchs nebst dunkel pigmentirten Flecken und Knoten auf. Die behaarte rechte Wange und der rechte Oberarm waren atrophisch, die Extremitäten dieser Seite länger als normal. [illegible] wurden am Nacken und Rücken [illegible] beobachtet, welche sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Melanosarcome erwiesen.

An die Beschreibung dieses Falles knüpft H. eine ausführliche Besprechung der Hirsuties congenita, wobei er in übersichtlicher Form das bisher über diese Hautanomalie Bekannte anführt und zum Gegenstande interessanter Erörterungen vom vergleichend-anatomischen Standpunkte aus macht, welche im Originale nachgelesen werden mögen.

Kar. Hochsinger (Wien).

Perrin. Xeroderma pigmentosum. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1896, p. 174.

Perrin demonstrirt ein 6jähriges Mädchen mit einem typischen Xeroderma pigmentosum. Auf den unbedeckten Körpertheilen, dem Gesicht, Ohre, Hals, Nacken, Vorderarmen und Händen sind alle Stadien dieser Erkrankung zu constatiren, mehr oder weniger pigmentirte rothe Flecke, Trockenheit, Abschuppung und Atrophie der Haut, impetigoähnliche Pusteln, mit Krusten bedeckte Excoriationen, von diesen herrührende, mit Teleangiektasien durchzogene Narben, verrucöse und papillomatöse mit Krusten bedeckte, leicht blutende Excrescenzen. Vortragender bespricht sodann die unbekannte Aetiologie dieser Krankheit, ihr häufiges Vorkommen in derselben Familie, ihre Therapie, die eine möglichst milde sein und nur bei dem Entstehen der Epitheliome in Aetzung oder Kauterisirung bestehen soll.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Vladimirov. Le vitiligo chez un enfant de six ans. Med. Obozr. 1895, Nr. 22. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 110.

Der kleine 6jährige Patient Vladimirow's zeigte seit 9 Monaten mehrere Anfangs isolirte, später wachsende und confluirende Vitiligostellen im Gesicht mit Betheiligung der Wimpern. Unter 5monatlicher Arseniktherapie (2 Gtts. Sol. Fowleri pro die) verschwanden die Stellen völlig und nur die Entfärbung der Cilien blieb zurück.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Malherbe, A. et **Malherbe, H.** (de Nantes). Note sur un cas curieux de lymphangiectasie cutanée avec lymphorragie végétante et éléphantiasis (1 Tafel). Annales de dermatologie et syphiligraphie. Tome VII. Nr. 3. März 1896. p. 278.

Es handelt sich um einen klinisch nicht uninteressanten Fall von Lymphorrhagie, Lymphectasie und chronischem Oedem — nicht eigentlicher

Elephantiasis — bei einem jungen Mädchen. Afficirt waren das linke Bein, d e Labien, besonders das rechte, Mons veneris und Inguinalgegend. Zurückgeführt wird die Krankheit auf eine im Jahre 1891 durch das Corset verursachte Abschürfung. Der Status Mitte 1893 wird folgendermassen beschrieben: Am besten zu beobachten ist sie in der Inguinalfalte und am Bauche oberhalb des Mons veneris. Bei aufmerksamer Betrachtung sieht man geschlingelte, halb-transparente Vorwölbungen, ähnlich Flussläufen auf Landkarten; im Verlauf dieser oberflächlichen erweiterten Lymphgefässe sieht man sudaminaähnelnde Bläschen, von kaum sichtbarer bis zu Hanfkorngrösse. Bei weiterer Entwickelung sieht man, dass diese Bläschen multiloculär sind, sie werden bis erbsengross, fliessen zusammen und bilden warzenähnliche Wucherungen. Die unterliegende Haut ist ödematös, röthlich, chagrinirt, wie Orangenschale. Angestochen entleeren diese Bläschen oder Vegetationen klare oder röthliche Lymphe, die unausgesetzt fliesst, wie bei der Stichelung ödematöser Extremitäten. Sie werden aber auch spontan eröffnet, nässen und maceriren die Haut. — Alle Cautherisationen waren machtlos. Von Erfolg war schliesslich nach 3 Jahren nur systematische Compression durch Bindeneinwickelung der linken Extremität. — Die anatomischen und bakteriologischen Untersuchungen bieten kaum etwas Bemerkenswerthes. Verf. halten eine Infection für die zweiffellose Ursache der Affection. Sie haben einen unbekannten speciellen Bacillus, dann Streptococcen und den B. tetragenes aus der Lymphe gezüchtet; damit haben sie negative Thierversuche angestellt und sprechen sich selbst sehr reservirt aus über die pathogenetische Bedeutung derselben. (Ein gleicher Fall ist kürzlich von Haferkorn, Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Bd. 56, Heft 5 u. 6 beschrieben.)

E. von Düring (Constantinopel).

Zwillinger, H. Ueber das Verhältniss der Pachydermia laryngis zu den Leukokeratosen (Leukoplakien). Wiener klin. Wochenschrift. 1896, Nr. 8.

Z. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, dass die Pachydermia laryngis identisch ist mit dem Krankheitsprocesse, der mit Leukoplakia oris belegt wird; auch soweit die Aetiologie in dieser Frage einiges Licht verbreitet, fallen die beiden Processe mit einander zusammen. Horovitz (Wien).

Giehrl, Josef. Ueber Elephantiasis. Inaug.-Diss. München. 1894.

Giehrl beschreibt 2 Fälle von Elephantiasis, von denen der erste wahrscheinlich nach einem Trauma entstanden ist. Er betrifft einen 22jährigen Knecht, der im 6. Lebensjahre einen Sturz vom Heuboden erlitt und seit dieser Zeit eine Zunahme seines linken Oberschenkels und Hüfte bemerkte, die zur Zeit der Beobachtung zu zwei grossen Geschwulstmassen sich entwickelt hatte. Patient wurde operativ geheilt.

Der zweite Fall, von dem eine Abbildung beigegeben ist, betrifft eine gleichmässige elephantiastische Verdickung beider unteren Extremitäten mit Ausnahme der Zehen und der vorderen Theile des Metatarsus bei einer 70jährigen Frau. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Rothschild, Otto. Elephantiasis scroti et penis. Inaug.-Diss. Bonn 1895.

In einer Zusammenstellung von [illegible] Fällen von sporadischer Elephantiasis scroti et penis bringt Rothschild [illegible] neue Fälle aus der Bonner med. Klinik. Während der 2. Fall [illegible] Fall [illegible] die Folge eines häufig recidivirenden Erysipels bei einem Tuberculösen war, verdankten die beiden anderen Fälle 27 und 32 ihre Entstehung einer bestehenden Harnfistel. Diese ist überhaupt eine häufige Ursache des Leidens, und dies wird dadurch zu erklären, dass durch die Stauung der Circulation in Folge von Narben, die Harnstauung, das Aussickern des Urins durch die Fisteln und die Infiltration der benachbarten Gewebe diese in einen chronischen Reizzustand versetzt werden, den sie mit einer Lymphang[illegible] und Bindegewebswucherung beantworten. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Joppich, Julius. Ein Fall von Sclerodermie. Inaug.-Diss. Würzburg 1894.

Bei dem von Joppich beschriebenen und mikroskopisch untersuchten Falle von Sclerodermia [illegible] ist besonders bemerkenswerth, dass die Bindegewebshyperplasie sich ausser in der Haut noch an mehreren inneren Organen, vor allem der Leber und der Milz vorfindet, so dass die Sclerosirung der Haut nur als ein Theil des Gesammtbildes des sclerotischen Processes erscheint.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Haushalter. Lichen scrofulosorum. Société de médecine de Nancy 27. Mai 1896. Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 47[illegible].

Haushalter demonstrirt 2 Fälle von Lichen scrophulosum; bei dem zweiten war die Affection, die ausser auf dem Körper auch auf dem Gesicht zu constatiren war, mit einer multiplen Tuberculosis verrucosa cutis combinirt. Ein Meerschweinchen, in dessen Peritoneum einige Lichenknötchen vom Gesicht der Pat. inoculirt worden war, starb nach 3 Monaten an Tuberculose. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Hamburger, Robert. Die Therapie des Lichen ruber. Inaug.-Diss. Strassburg 1895.

Hamburger empfiehlt als beste Methode zur Heilung des Lichen ruber die subcutane Anwendung des Arsens; die Unna'sche Karbolsublimatschmiercur bezeichnet er als ebenfalls sehr wirksam. Die Involution der Efflorescenzen wird bei der Arseneur beschleunigt durch Application reizmildernder Salben. Schädliche nervöse Einflüsse sind vom Patienten fernzuhalten. Eduard Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Féré. La pelade post-épileptique. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 51.

Féré berichtet zwei Fälle von Alopecia areata nach epileptischen Anfällen, bei denen nach wenigen Wochen oder Monaten ohne jede Behandlung die Haare wieder wuchsen. In dem einen Falle hatte Patient nach wochenlanger Pause 4 epileptische Anfälle in einer Nacht; am folgenden Tage begannen die Haare auszufallen und nach 2 Tagen zeigten sich auf dem Kopfe des Patienten 30 etwa Frankstück grosse, jeglichen

Haares beraubte Stellen, die sich in den nächsten Tage theilweisen noch vergrösserten; die Sensibilität war auf diesen Stellen unverändert, schmerzhafte Empfindungen nicht vorhanden. Im Verlaufe mehrerer Wochen und Monate begannen zuerst die kleineren, später die grösseren Stellen sich wieder mit normalem Haar zu bedecken. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Sabouraud, R. Sur les origines de la pelade. Étude clinique et expérimentale. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. Nr. 3, 4, 5 et 6. Mars, avril, mai et juin et 1896. (Mit 6 Taf.)

Sabouraud's Arbeit ist eine Monographie, über die Alopecia areata. Nach einer Uebersicht über die früheren Arbeiten, deren keine das Ziel, die Ursache der Pelade zu finden, erreicht hat, geht Sabouraud zunächst zum klinischen Theil seiner Arbeit. Zunächst besteht S. darauf, dass die Alopecia areata contagiös sei. Dass diese Thatsache im Auslande noch bestritten sei, hänge davon ab, dass die Krankheit 1. dort weniger häufig sei als in Frankreich; dass 2. die Feststellung der directen Filiation häufig schwer sei; und dass 3. die Art der Uebertragung — besonders durch die Friseure — häufiger zu sporadischen Fällen, als zu Epidemien Anlass gibt. Ist die Krankheit aber contagiös, so müssen wir einen Parasiten suchen.

Für die Untersuchung, anatomisch-histologisch, sowie bacteriologisch, ist es wichtig zunächst in die klinischen Erscheinungen und Stadien der Krankheit einigen Einblick zu gewinnen.

Vor dem Ausfall der Haare, vor der Bildung der kahlen Stelle, kann man an den Haaren schon Veränderungen constatiren: das erkrankte Haar ist der Stumpf eines noch an seinem Platz verbliebenen Haares; es ist ganz genau keulenförmig, oder besser noch, es hat die Form eines Ausrufungszeichen. Bei schnell verlaufenden Peladen, besonders bei der von Besnier als Pelade trichophytoide oder Pelade à chéveux fragiles bezeichneten Form, findet man diese Haare häufig auf dem erkrankten Fleck oder in seiner Umgebung.

Wenn man Gelegenheit hat, Alopecia während der Ausbreitung zu beobachten, so sieht man im Centrum eine vollständig kahle Stelle, man erkennt die leeren Ausführungsgänge, die mit Sebum gefüllt sind; schon mit blossem Auge oder mit der Lupe ähneln sie den erweiterten Poren, wie sie bei Acne der Nase zu sehen sind. Um diese leeren Follikel sind die andern, schon erkrankten Haare kreisförmig geordnet.

Die histologische Untersuchung des erkrankten Haares ergibt, dass:

1. das Pigment, welches im oberen Theile ganz normal vorhanden ist, im basalen Theile fehlt;

2. der im oberen Theile normale Durchmesser des Haares, vom oberen Drittel ab bis zur Wurzel sich verjüngt;

3. der im oberen Theile vorhandene Markraum in dem mittleren Theile starke Veränderungen zeigt, um im centralen Theile ganz zu verschwinden;

[illegible]

4. [illegible] Haar [illegible] Haare [illegible]

[illegible] Haare [illegible] Monate [illegible]

[illegible] Kopfhaut [illegible] Haar [illegible]

1. [illegible] Haar [illegible]

2. [illegible]

3. [illegible] als Massstellen zu erkennen sind.

4. [illegible] Haare [illegible] auch aus den [illegible] dieser [illegible] findet ganz [illegible] Weise statt [illegible] man es [illegible] nicht durch [illegible]

5. Die [illegible] sind immer sehr gross, man [illegible]

6. Die [illegible] nicht nur in den [illegible] Haar[illegible] der nachwachsenden Haare [illegible] ja [illegible] meist [illegible] pigmentirt. [illegible] zu erklären, sondern auch in [illegible]

Zwei Punkte sind auffallend: Einmal die über die ganze erkrankte Hautpartie ausgedehnte, nicht auf die Follikel beschränkte Störung der Pigmentbildung; und weiter die Anwesenheit der Mastzellen in den tiefen Cutislagen, ein Beweis dafür, dass die Wirkung der Krankheitsursache sich auch auf andere Theile der Bedeckung, nicht nur auf die Follikel, erstreckt.

Die weiteren Untersuchungen erstreckten sich auf das Höhestadium der Affection, vom Eintritt der Kahlheit, bis zum Beginn (exclusive) des Wiederwachsens des Wollhaares. Zwei Punkte sind zur Constatirung dieser Periode wesentlich: In der Umgebung der kahlen Stelle findet man keine brüchigen, pigmentirten Haare mehr; d. h. der Haarausfall ist zum Stillstand gekommen. Ebensowenig aber findet man nachwachsende Wollhaare; d. h. das letzte Stadium des Nachwachsens der Haare ist noch nicht erreicht. Die histologische Untersuchung dieses Stadiums zeigt die Follikel geradezu eingeschachtelt in Wanderzellen — es handelt sich um eine chronische, atrophisirende, das Haar gleichsam aus dem Follikel heraustreibende Folliculitis. An Stelle der erkrankten Follikel und um dieselben findet sich eine vollständige Scheide reifen, dichten, sclerotischen Bindegewebes; aber auch das periphere Gewebe beweist die Theilnahme am Entzündungsprocesse durch die Anwesenheit der eben geschilderten Veränderungen. Man constatirt Störungen der Pigmentbildung in der Malpighischen Schicht, die S. auf eine „Fernwirkung" zurückführt, und kleinzellige Infiltration um die Gefässe — entzündliche Diapedese. Ein Drittel der kleinzelligen Infiltration sind Mastzellen; dieselben finden sich in allen Theilen der Cutis. S. weist besonders auf den Punkt hin, dass den Mastzellen keine phagocytären Eigenschaften zukommen, dass ihre Anwesenheit in keiner Weise auf die Anwesenheit von Mikroben deutet. Ihre Anwesenheit deutet, nach Westphal lediglich auf das Bestehen localer nutritiver Störungen hin. Es handelt sich also bei der Pelade um eine specifische, auf die peladische Stelle localisirte, aber auch die ganze Ausdehnung derselben diffus betreffende nutritive Störung. Daraus wird die vorher ausgesprochene Annahme bewiesen, dass im Gegensatz zu den „Teignes" die Pelade keine Haarerkrankung, sondern eine Erkrankung des Teguments der behaarten Theile ist. Weiter ist festzuhalten, dass man die Mastzellen in grösster Masse findet zu einer Zeit, wo die Enthaarung schon einige Zeit besteht. An weiteren Zellen findet man mononucleäre Leukocyten; alle Gefässe des Teguments, seien sie perifolliculär oder nicht, sind gleichmässig eingescheidet in eine Schicht von Mastzellen und mononucleären Leukocyten; jedoch ist die Infiltration ausgesprochener in den tieferen Schichten, weniger ausgesprochen in dem sub Malpighi'schen (?! Red.) und papillaren Gefässnetz. Diese Thatsache ist bemerkenswerth besonders wegen des Fehlens der polynucleären Leukocyten, die in der Umgebung von Mikrobenherden niemals fehlen und weil die Vertheilung der Zellen eine so absolut gleichmässige ist. Sabouraud betont, dass ähnliche Bilder sich bei Brom- und Jodintoxicationen finden, dass demgemäss auch der Befund bei der

Pelade auf eine chemische Wirkung hindeutet. So viel steht fest, dass in dieser Periode, ausser auf der Haut und in der Follikelmündung, sich in tieferen Schichten absolut keine irgendwie nachweisbaren Mikroben finden lassen. — Die folgenden anatomisch-physiologischen Auseinandersetzungen S.'s müssen im Original eingesehen werden. S. kommt zu folgenden Schlüssen: Das ganze Bild der Pelade im Stadium der vollendeten Kahlheit lässt sich so definiren: 1. keine der histologischen Veränderungen spricht irgendwie für eine gegenwärtig bestehende Mikrobenaffection; im Gegentheil 2. deuten alle Befunde auf das Fehlen eines solchen hin. 3. Alle Befunde bezeugen übereinstimmend, dass es sich um eine tiefe locale Intoxication handelt; und zwar 4. um eine Intoxication, deren Ursache in der Vergangenheit liegt.

Im 3. und 4. Memoire gibt S. dann die Untersuchung der allerfrühesten Perioden und die Beschreibung eines regelmässig gefundenen Bacillus. Zunächst constatirt er die höchst wichtige Thatsache, dass im oberen Drittel zwischen der Einmündung der Talgdrüse und der Follikelmündung auf der Haut, eine gleichmässige, ampullenartige Dilatation besteht, von ungefähr $^{3}/_{10}$ Millimeter Breite, bei $^{1}/_{2}$ Millimeter Höhe. Untersucht man eine noch mit brüchigen Haaren besetzte Pelade-Plaque zu Beginn, so findet man, dass alle Follikel diese Ampulle haben, welche S. als „Utricule“ und als pathognomisch bezeichnet. Diese Utricules sind vollgestopft mit einem feinen Bacillus. — Es ist unmöglich auf die Details der Untersuchungen weiter im Referat einzugehen. S. kommt in Bezug auf den Mikroben zu folgenden Conclusionen:

1. Nur das Anfangsstadium der Pelade zeigt Mikroben.

2. Soweit die kahle Stelle gebildet ist, kann man nirgend den Pilz finden, weder im Haar, noch im Follikel, noch im Gewebe, noch auf der Haut.

3. Dagegen sind im Anfangsstadium, wenn der Haarausfall beginnt, alle Follikel mit unzähligen Mikrobencolonien inficirt, die überall dieselben und stets in Reincultur vorhanden sind. Diese Mikrobeninfection geht allen histologischen Veränderungen voraus; sie macht auch alle späteren histologischen Veränderungen verständlich, denn dieselben sind sämmtlich nicht als Folgen einer directen Mikrobeneinwirkung aufzufassen, sondern als durch Fernwirkung von Toxinen hervorgerufene einfache Läsionen.

4. In den benignen Peladen ist die Follikelinfection vorübergehend; in der chronischen oder mit vollständiger Alopecie einhergehenden Fällen, in denen die unbegrenzte Dauer auf die gleichzeitige Dauer der krankmachenden Ursache hinweist, findet man mit gleicher Localisation stets denselben Bacillus, meist in ausserordentlicher Menge.

5. Da dieser Bacillus sich stets, in allen Fällen, findet, wo die histologischen Befunde auf den Beginn oder ein Fortbestehen der Erkrankung hinweisen, so muss er andere Rolle spielen, als eine beliebige, zufällige secundäre Infection.

6. Der Mikro-Bacillus des Utricule kann, trotz gewisser Formverschiedenheiten, nicht absolut von dem Mikroben differencirt werden, den Hodara als Acne-Bacillus beschrieben hat.

Der Hodara'sche Acne-Bacillus ist aber nicht der Acne-Bacillus, denn man findet ihn nicht nur im Comedo, sondern auch in allen Formen der Seborrhoea sebacea oleosa, bei denen der Befund des Bacillus nur auf einen Zufall, auf eine locale Symbiose hinzudeuten scheint. Letztere Affection ist sehr häufig: Obwohl der Mikrobacillus des „Utricule peladique" sich massenhaft auf den in Ausbreitung begriffenen Plaques findet, auch ohne jede ölige Seborrhoe, so müssen doch noch entscheidende experimentelle Beweise beigebracht werden, ehe man sich über die pathogene Bedeutung des Mikrobacillus aussprechen kann.

7. Entweder dieser Mikrobacillus und der Hodara'sche Comedo-Mikrobe sind identisch. Dann muss man nachweisen, weshalb im Beginn jeder Pelade diese Secundärinfection sich findet, und welche Rolle sie spielt.

8. Oder es handelt sich um zwei verschiedene Pilze. Dann muss man sie experimentell differenciren. Da die Utricule peladique das Anfangssymptom jeder Pelade ist, so muss die Rolle als Erreger der Pelade für den in der Utricule gefundenen Bacillus erst erbracht werden.

9. Oder vielleicht sondert dieser Bacillus, je nach den verschiedenen Existenzbedingungen, ein peladogenes Toxin ab oder nicht. Dann muss man dieses Toxin isoliren.

10. Welche Hypothese man auch aufstellt, das Studium dieser Mikrobenart ist nothwendig. Sei er nun specifisch oder nicht, jedenfalls findet er sich stets und allein an den bestimmten Punkten und gerade zu der Zeit, zu der Klinik und Histologie die Entwicklung der Krankheit beweisen. E. von Düring (Constantinopel).

Parasiten und parasitäre Affectionen.

Haan. Tricophytie transmise à l'homme. Tribune médicale, 22. Juli 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 442.

Haan berichtet über 3 Fälle von Uebertragung von Herpes tonsurans von Kühen auf Menschen. In dem ersten Fall handelte es sich um einen Kuhhirten, in dem zweiten um eine Pächterin, welche beide an der rechten Hand inficirt wurden. Letztere inficirte noch ihre kleine Tochter, die sie täglich anzog, am Kinn.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Warminski. Un mot sur le favus à l'occasion d'un cas rare de cette affection. Nowiny Lekarskie 1894, Nr. 12. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 111.

Der seit 15 Jahren an Favus des Kopfes leidende Patient Warminski's hat vor 2 Jahren Lues acquirirt und zeigt seit einem halben Jahre einen Favus der unteren Extremitäten. Aus der langen Dauer, die

zwischen dem Befallensein des Kopfes und dem Auftreten auf den Extremitäten verging, aus der vor 2 Jahren überstandenen Lues, aus einzelnen braunpigmentirten, nicht schuppenden, keine Pilze enthaltenden Stellen an den Beinen schliesst W. auf einen Zusammenhang der Lues mit dem Favus der Extremitäten derart, dass die Favuspilze sich auf einen dort localisirten Exanthem angesiedelt haben. Er hält diese braunpigmentirten Stellen für Reste dieses Exanthem, umso mehr, als sie nach antiluetischer Cur fast unsichtbar wurden, während eine antibacterielle Cur sie vorher nicht verändert hatte. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Will, Theophil. Ueber Favusbehandlung. Inaug.-Diss. Strassburg 1895.

Will kommt nach einer Uebersicht über die in der Literatur niedergelegten Methoden der Favusbehandlung zu dem Schlusse, dass alle Behandlungsarten längere Zeit mit Consequenz fortgesetzt werden müssen, wenn das Wiederkeimen der Pilzelemente in der Haut und den Haaren verhindert werden soll. Er empfiehlt das Wolff'sche Verfahren aus der Strassburger dermatol. Klinik. Erweichen der Favusmassen mittels Kataplasmen und Kautschukhaube oder Guttapercha und Entfernung der erweichten Massen mittels Spatel, Schmierseife oder Spirit. saponat. Dann energische Einreibung von 10% Chrysarobin in kleinen Mengen. Bei Reizzuständen Aussetzen und Sublimatsalbe (1‰).

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Porak. Observation d'une lésion parasitaire non décrite de la langue chez le nouveau-né. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 20.

Porak berichtet über eine merkwürdige parasitäre Zungenaffection bei einem Neugeborenen. Auf der Zunge des 4 Tage alten Kindes zeigten sich plötzlich circa 10 weissliche, erhabene unregelmässig ovaläre Flecke, die sich schwer abkratzen liessen, aber nach ihrer Entfernung nicht mehr auftraten. Das Zungenepithel war unter ihnen unversehrt. Die mikroskopische und culturelle Untersuchung ergab eine Art seltenen Hefepilzes.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Gémy et **Vincent** (H.). Sur un nouveau cas de „Pied de Madura". Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. Nr. 11. novembre 1896, p. 1253.

Gémy und Vincent haben in einem Fall von Madurafuss einen Pilz nachgewiesen, von 1—1·5 μ Breite, mit langem, starkverzweigtem Mycel. Cultur in Peptonbouillon ungünstig, gedeiht besser in Heu- oder Strohaufguss. Auf Kartoffeln gedeiht der Pilz gut und gibt nach einem Monat eine rosa oder hochrothe Cultur, die langsam tiefroth werden und metallischen Glanz zeigen kann. In Heu- oder Kartoffelinfus bildet er kleine, zu Boden sinkende Kugeln; einige bleiben an der Wandung der Reagenzgläschen haften, nahe an der Oberfläche; im Contact mit der Luft färben sich diese Kügelchen rosa oder roth. Die Entwicklung ist in allen Medien eine langsame; sie beginnt erst am 6.—12. Tage. Die weissgelblichen Körnchen, welche mit dem Fisteleiter entleert werden, bestehen

durchaus aus Mycelien. Der Parasit des Madurafusses ist durchaus verschieden von dem Pilz der Aktinomykose. Es ist pyogen. Wichtig ist die Bestätigung der von Béranger-Féraud geäusserten Ansicht, dass der Madurafuss auf dem ganzen orientalischen Continente, vom atlantischen Ocean bis zum Rothen Meer und bis zur Ostküste heimisch ist.

E. von Düring (Constantinopel).

Perrin, L. (De Marseille.) Des névrodermies parasitophobiques. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VII. 1896. Nr. 2, p. 129.

Perrin theilt drei Fälle mit von entschieden auf tiefer liegender Degeneration beruhender „Parasitophobie"; alle drei Kranken glaubten Läuse zu haben, hatten subjectiv alle Symptome, die das Vorhandensein dieses Ungeziefers begleiten, ohne dass objectiv der geringste Grund vorlag. Ref. meint, dass derartige Fälle in den Irrenhäusern wohl recht häufig sind. Es lohnt nicht der Mühe, auf die etwas weitschweifigen theoretischen Erörterungen des Verf. über die Névrodermies parasitophobiques primaires et secondaires hier einzugehen.

E. von Düring (Constantinopel).

Sabouraud. Ueber die Seltenheit des Microsporon-Audouini in Italien. Soc. de derm. et de syph. Annal. 1895, pag. 400.

Bisher sind die Angaben Sabouraud's über das Vorkommen und die Eigenschaften des Microsporon Audonini von anderen Forschern, namentlich den Italienern Marrianelli und Mibelli in Zweifel gezogen worden. Auf die durch Sabouraud erfolgte Zusendung von erkrankten Haaren hat nun Mibelli an Sabouraud einen Bericht geschickt, der im wesentlichen die Angaben Sabouraud's bestätigt. Mibelli findet, dass die Haare bei Microsporon Audonini viel widerstandsfähiger gegenüber Kalilauge sind als die Haare von Trichophytie. Sie sind eingescheidet, nicht durchwachsen von den Sporen. Letztere sind bedeutend kleiner als die des Trichophyton. Auch die Culturen unterscheiden sich von allen jenen, die von Kopf-, Barthaaren und Nägeln trichophytisch Erkrankter angelegt worden waren. Auf Grund dieser Befunde glaubt Mibelli, dass er bisher nie einen Fall dieser beim Menschen vorkommenden Mycose gesehen habe. Winternitz (Prag).

Rossi, Giovanni. Della tricofitiasi (Erpete tonsurante) e sue varietà. Osservazioni cliniche ed anatomiche. Il Morgagni XXXVII. I. Nr. 7.

Rossi beschreibt nach einer sehr unvollständigen Uebersicht über die historische Entwicklung der Lehre vom Herpes tonsurans die bekannten verschiedenen Formen dieser Erkrankung, ohne dabei etwas neues zu bringen. In den Schlüssen, die er zu Ende der ziemlich langen Arbeit bringt, behauptet er, dass der Pilz die Epidermis nicht nur in allen ihren Schichten durchdringen, sondern dass er auch die Drüsen der Haut, das Bindegewebe, das Derma und selbst andere tiefere Theile befallen könne. (!Ref.) Theodor Spietschka (Prag).

Pellizzari (C.). [illegible] ed [illegible] non descritta. — Lo Sperimentale XLIV Nr. 14 p. [illegible]

Pellizzari stellte in einer klinischen Vorlesung mehrere Fälle von Herpes tonsurans vor. 2 davon betrafen eine Mutter mit 3 Töchtern und eine Cousine derselben. Die Mutter, zwei Töchter und die Cousine zeigten die Erkrankung entweder in der Form des Kerion, anderentheils zeigten sie Erkrankungsherde vom Typus eines chronischen schuppenden Ekzems; letztere Form war nur an Stamm und Extremitäten vorhanden, so dass die Stellung der Diagnose grosse Schwierigkeiten bereitete. Ganz abnormen Charakter jedoch zeigte die Erkrankung bei der dritten Tochter, welche später als die übrigen zur Klinik kam, so dass man anfangs von den verwandtschaftlichen Verhältnissen nichts wusste. Hier glichen die Efflorescenzen vollkommen denen eines Lichen scrophulosorum, so dass P., bevor er den Zusammenhang mit den übrigen Familiengliedern erkannt hatte, an alles andere eher als an einen Herpes tonsurans gedacht hatte. Hier bot die Diagnose unendliche Schwierigkeiten. Der Allgemeinzustand der Patientin liess einen Lichen scroph. ausschliessen; dagegen konnte Syphilis ausgeschlossen werden. An eine durch gewisse Eruptionen hervorgerufene Erkrankung konnte gleichfalls nicht gedacht werden. Erst nachdem der genannte Zusammenhang erkannt worden war, wurde auch bei diesem Mädchen nach wiederholtem Suchen der Hyphomycet in den Krankheitsprodukten gefunden. Diese kleine Hausepidemie von H. t. bot also nicht nur sehr schwer zu diagnosticirende Formen, sondern auch ein bisher noch ganz unbekanntes Krankheitsbild derselben.

Theodor Spietschka (Prag).

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Gonorrhoe und deren Complicationen.

Abramovicht. Traitement de la blenorrhagie par des médicaments internes, l'extrait fluide de Kawa-Kawa en particulier (Piper methysticum poivrier des îles de la mer du Sud). — Ref. in La Médecine moderne. 1896. Nr. 33.

Abramovicht fand das Fluidextract Kawa-Kawa (von dem Pfefferbaum auf den Südseeinseln) in einigen Fällen wirksam gegen Gonorrhoe in acutem und subacutem Stadium, in den meisten musste zu der internen Behandlung noch eine locale treten. Definitive Heilungen — lediglich durch die innere Medication — sind selten. Kawa-Kawa leistet ebensoviel wie die anderen Balsamica, ohne irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen zu machen (selbst bei 3mal täglich 40 gtt.). Es wird durch die Nieren ausgeschieden. Pinner (Breslau).

Achard. Radiographie des arthrites déformantes blennorrhagiques. Soc. méd. des hôpitaux Séanc. du 10 juillet. Ref. in La France méd. Nr. 29. 1896.

An der Hand von Photographien, die vermittelst Röntgenstrahlen von dem Fusse eines an Arthritis blennorrhagica leidenden Patienten hergestellt worden waren, versucht Achard nachzuweisen, dass im Verlaufe blennorrhagisch arthritischer Affectionen auch das Periost und der Knochen der Umgebung in Mitleidenschaft gezogen werden können, die dann durch Bildung von Osteophyten auf den chronischen Reiz reagiren.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Appert. Diagnosi e cura delle metriti blenorragiche. La semaine gynécologique. Mars 1896. Ref. in Il Morgagni. Nr. 45, 1896.

Appert bespricht das klinische Bild und die Diagnose der Cervicitis bezw. Metritis gonorrhoica acuta und chronica, ohne Neues zu bringen; die Nothwendigkeit, auf Gonococcen zu untersuchen, wird nicht erwähnt, dagegen betont A., dass der alte chronische Cervixkatarrh gonorrhoischer Natur mehr Tendenz hat zur Atrophie und Sclerosirung als zur Hypertrophie. Was die Therapie anlangt, so wird vor der Auskratzung des

Uterus gewarnt, wegen der Gefahr der Propagirung des Processes und der Möglichkeit der Entstehung von Gelenkmetastasen. Bei der acuten Cervixgonorrhoe werden Ruhe und Spulungen mit Hypermang. Kali (1:2000·0) empfohlen, nach Abklingen der acuten Erscheinungen: Pinselungen mit Methylenblau und Cervixausspülungen (!) mit schwachen Kal. hyp.-lösungen unter leichtem Druck. Bei der acuten Metritis gonorrhoica. absolute Ruhe und sehr vorsichtige antiseptische Scheidenausspülungen. Beim chronischen Cervixcatarrh. Vaginaltampons und Cervixbehandlung mit Kal. hyp. oder Argent. nitric. Bei chronischer Metritis gonorrhoica: Dilatation und Tamponade des Uterus mit Creosot-glycerin- oder Camphor-naphthol-Gaze. Schliesslich wird bei ganz veraltetem Cervixkatarrh die Excision der befallenen Schleimhaut nach Boully empfohlen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Arnaud, Lucien. Les grands lavages de l'urèthre. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 344.

Arnaud empfiehlt in diesem Artikel die jetzt wohl Gemeingut aller Urologen gewordenen Janet'schen Spülungen mit Kalium permang. bei Gonorrhoen und gibt eine genaue Beschreibung ihrer Anwendung. Nur in der Anpreisung des abortiven Charakters derselben bei ganz frischen Gonorrhoen ist Verf. wohl etwas zu optimistisch. In dem Endstadium, wo nur Secretion ohne Gonococcen zu constatiren ist, wendet er an Stelle des Kalium permang. lieber Sublimat 1 : 20000 oder Resorcin an. Als Contraindicationen dieser Behandlungsmethode nennt er: 1. Epididymitis, Prostatitis und Funiculitis, 2. periurethrale Infiltrate und Abscesse und 3. alte Stricturen, die erst zu erweitern seien.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Baer. Beiträge zur Lehre von der weiblichen Rectalgonorrhoe. Arbeiten aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. Festschrift der 68. Naturforscherversammlung. Frankfurt a. M. 1896.

Baer fügt seiner bereits (D. M. W. 1896 Nr. 8) veröffentlichten Arbeit über die Rectalgonorrhoe der Weiber weitere Beobachtungen hinzu.

Er hat neuerdings weitere 129 venerische Patientinnen untersucht und bei ihnen in 32·5% aller Gonorrhoischen und in 21·7% aller überhaupt Rectalgonorrhoe festgestellt. (Bei den 296 zuerst veröffentlichten stellten sich die Zahlen auf 35·1 und 22·6%.)

Die neu gewonnenen klinischen Erfahrungen decken sich so ziemlich mit den früheren: nur ist es Baer gelungen auch in Fällen, in denen der als charakteristisch geschilderte Eiterpfropf („la goutte" Jullien's) fehlte, durch Abkratzen der Rectalschleimhaut ein Secret mit typischen Gonococcen zu gewinnen. Im Folgenden behandelt B. das „Ulcus recti", welches er im Gegensatze zu Jullien nur als postgonorrhoischen Process auffasst. Es ist dies die bereits in der ersten Publication beschriebene Affection, welche der „fissure ulcéreuse" Jullien's entspricht, und ferner jene auf der Unterseite einer überhängenden Analfalte sich findenden Ulcera, denen Herxheimer den Namen „Verendaförmiges Ulcus" geben möchte (Condylome Jullien's). Bei 3 solcher Fälle, bei denen gleich-

zeitig Rectalgonorrhoe bestand, hat B. Excisionen gemacht und eine mikroskopische Untersuchung vorgenommen, ohne Gonococcen nachweisen zu können. Auf der Rectalschleimhaut selbst hat er immer nur oberflächliche, sich durch ihre dunklere Farbe von der hochrothen Farbe der Mastdarmschleimhaut sich deutlich abhebende, leicht blutende Erosionen beobachtet, deren Aetiologie wohl hauptsächlich in gestörten Circulationsverhältnissen zu suchen ist, nie primäre Ulcera.

Unter seinen 450 Fällen hat B. niemals das von Jullien angenommene „ulcère mixte blenno-chancrelleuse“ oder „ulcera mixte blenno-syphilitique“ beobachtet.

Ferner beschreibt B. noch einen Fall von Mastdarmfistel (Histologische Untersuchung mit positivem Gonococcenbefund), und einen paraanalen Gang (?) mit Gonococcen im Secrete, aber negativem Ergebnisse der histologischen Untersuchung.

Die Rectalstrictur ist offenbar sehr selten bei Rectalgonorrhoe, denn bei 450 rectal untersuchten Patientinen fand sich nur ein Fall. Bei letzterem — es handelte sich um eine Luetica mit Rectalgonorrhoe (coitus per anum in der Anamnese) — konnte zwar die Lues als ätiologisches Moment durch die Therapie ausgeschlossen werden, jedoch lag der Fall bezüglich der positiven Seite auch nicht ganz klar, da eine Excision nicht vorgenommen werden konnte.

Bezüglich der Therapie unterscheidet Baer zwischen:

1. unkomplicirter } Rectalgonorrhoe.
2. complicirter (Fissuren, Ulcera) } Rectalgonorrhoe.

ad 1. Intensive mechanische Rectalbehandlung mit Speculum (gut vertragen). Auswischen mit 2—5% Argent. nitricum oder Argentaminlösung. Darauf reichliche Ausspülungen mit erwärmten Flüssigkeiten (Argent. nitr. und Argentamin 1 : 4000—2000, Argonin 7·5 : 3000 - 2000; Kali hyp. 1 : 5000—3000).

ad 2) Möglichst seltene Speculumeinführung. Vor allem Behandlung des Rectaleinganges mit möglichst milden Mitteln (Jodoform, Aethylendiamincresol 1 : 5000—1000, Argent. nitr. Salbe 1% und Traumatol).

Eventuell Excision der Ulcera in Narkose daneben Rectalbehandlung ohne Speculum mit grossen (Ohren)Spritzen.

Paul Oppler (Breslau).

Beckett, James. Report of a case illustrating the dangers of forcible and rapid dilatation in the treatment of Urethral Stricture. Medical News. July 25., 1896.

In Beckett's Fall handelt es sich um die Folgen einer in der Narcose vorgenommenen rapiden Stricturdilatation (von filiformer Bougie bis Stahlsonde Nr. 18 englisch in einer Sitzung). Nach 5 Tagen Blasentenesmus, tropfenweises Urinieren, Schmerzen und Auftreibung des Leibes. 14 Cm. hinter dem Orificium externum urethrae unpassirbare Strictur. Unter Schüttelfrost und nächtlichen Delirien dauerte der Zustand einige Tage unverändert an, bis sich 4 Cm. unter dem Nabel ein fluctuirender Tumor bildete. Eine Incision wurde gemacht; aus der Wunde kam reich-

lich Urin, danach stinkender Eiter und sehr viele Gewebsfetzen. Von da an hatte Patient Ruhe. Nachdem er sich etwas erholt hatte, wurde vom Perineum aus die Urethra eröffnet und nach einiger Mühe mit dem Katheter die Blase erreicht. Allmählige Heilung.

Verf. führt die Erkrankung auf die rapide Dilatation zurück, bei der die Sonde entweder unmittelbar durch Zerreissung der vorderen Urethralwand die Urininfiltration des umliegenden Zellgewebes erzeugte oder wenigstens den Riss verursachte, welcher Eiterung und Perforation nebst Urininfiltration herbeiführte. Pinkus (Breslau).

Bender. Das Argonin (Argentum-Caseïn), ein neues Antigonorrhoicum. Aerztlicher Praktiker. 1896, Nr. 1.

Bender empfiehlt das von Jadassohn in die Praxis eingeführte Argonin für die Gonorrhoebehandlung, da auch seine Resultate bei 54 Patienten sehr befriedigende waren. Planer (Breslau).

Bennati. Angelo, Considerazioni sopra un caso di blenorragia da contagio extra-genitale. Accademia Medico-Chirurgica. Seduta di 23 ottobre 1895. Ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 127. 1896.

Bennati erzählt von einem Patienten, bei dem wenige Tage nach einem Coitus per os mit einer Puella publica ein mikroskopisch bestätigter Harnröhrentripper auftrat; bei der Untersuchung der Mundhöhle der betreffenden Prostituirten konnte eine Blennorrhöa oralis nicht nachgewiesen werden, doch wurde ermittelt, dass das Mädchen ganz kurz vor dem Verkehr mit dem Patienten Bennati's mit einer anderen Person ebenfalls per os coïtirt hatte, so dass die Mundhöhle der Dirne als der Ort betrachtet werden musste, wo der erste Besucher infectiöses Material deponirte, mit welchem der zweite Besucher sich ansteckte. — Im Anschluss hieran bespricht B. die Folgen der Gonorrhoe beim Manne und der Frau und betont, dass auch durch diese Krankheit ein schädigender Einfluss auf die Nachkommenschaft ausgeübt werden könne; und zwar namentlich in Folge chemischer und dynamischer Läsionen der Prostata, der Testes, des Uterus und der Ovarien, die im Verlaufe einer chronischen Gonorrhoe sich geltend machen können. Von diesem Gesichtspunkte aus stellt B. den Tripper in Analogie mit der Lues, und spricht von parablennorrhagischen Affectionen im Vergleiche zu den parasyphilitischen Affectionen Fournier's. Ferdinand Epstein (Breslau).

Bocci. Argentamin in der Augenpraxis. Ref. Centralblatt f. Augenheilkunde. 1896, April.

Bocci hat mit gutem Erfolge Argentamin-Lösungen von $^1/_{2000}$ bis $^1/_{5000}$ bei Blennorrhoen und bei acutem Conjunctivalkatarrh solche von [illegible] verwendet.

Boyd. Septicemia Following Gonorrhoea. The Boston Medical and Surgical Journal. 1896. Nr. 9.

Boyd berichtet über einen Fall von Gonorrhoe bei einem 18jährigen Menschen, welche alsbald die Gelenke ergriff und zu Fiebersteigerungen führte. Im weiteren Verlauf traten häufig Schüttelfröste und Temperatur-

exacerbationen auf, welche durch Chinin nicht zu beeinflussen waren. Nach wenigen Wochen erfolgte der Tod. Ausfluss bestand in den letzten drei Wochen vor dem Exitus nicht mehr.

Sectionsbefund gibt nichts Wesentliches. Mikroskopisch wurde nie auf Gonococcen untersucht, da hievon nichts erwähnt wird, auch fanden scheinbar die Genitalorgane bei der Section keine genügende Beachtung.

Verf. deutet den Fall als Septicaemie. Pinner.

Burr, H. Albert. Gonorrhea in the puerperium. The Journ. of the american medical association. August 1th. 1896.

Burr schuldigt die Gonorrhoe an, in einer Anzahl von Fällen die Ursache schwerer puerperaler Erkrankung zu sein. Er gibt 6 Fälle, von denen 3 rapid tödtlich verliefen, und in denen (bis auf einen) der Nachweis gonorrhoischer Erkrankung der Frau vor der Entbindung geführt ist (in den 3 mit Genesung endenden Fällen Gonococcennachweis aus Cervix und dem blennorrhoisch inficirten Auge des Kindes). Beigefügt sind einige charakteristische Photogramme von Gonococcen in Eiterkörperchen, welche von diesen Fällen stammen. Verf. ersehnt eine gesetzliche Einrichtung, die nur denjenigen Personen zu heiraten gestattet, welche ein ärztliches Zeugniss über ihr Freisein von ansteckenden und vererbbaren Krankheiten beibringen. Pinkus (Breslau).

Bykhovski. Céphalée et affections génitales chez la femme. Société médicale de Kief. ref. in Gazette hebdomadaire de médécine et de chirurgie 1896 Nr. 79.

Bykhovski stellt, auf 3 eigene Beobachtungen gestützt, die Behauptung auf, dass der hartnäckige, jeder Behandlung spottende Kopfschmerz bei Frauen sehr häufig auf gleichzeitig bestehende Genitalaffection zu beziehen und durch Behandlung der letzteren zu heilen sei. In der Discussion hebt Wosskrescensky hervor, dass besonders häufig Kopfschmerz vorkommt bei Frauen, die an Salpingitis leiden.

Doyé (Breslau).

Calderini. La gonorrea in relazione colla ginecologia e colla ostetricia secondo i piu recenti studi. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 9 maggio 1896.

Nach einer weitausholenden Einleitung bespricht Calderini detaillirt die Aetiologie, Gelegenheitsursachen, Frequenz, Prophylaxe und Prognose der Gonorrhoe des Weibes und die Folgen dieser Erkrankung, ohne etwas Neues zu bringen. Therapeutisch verwendet er *a*) in der geburtshilflichen Praxis: während der Gravidität: Urethral- und Vaginalspülungen mit hypermangansaurer Kalilösung; intra partum: Sublimatspülungen; im Puerperium mit hohen Temperaturen: Spülungen mit reinem Wasser. *b*) in der gynäkologischen Praxis: Urethral- und Vesicalspülungen mit hypermangansaurer Kalilösung; Vaginal-, Cervical- und Endouterinspülungen mit Wasser oder hypermangansaurem Kali; eventuell locale Aetzungen mit Argentum nitricum bezw. Chlorzink. Bei gonorrhoischen Adnexerkrankungen zunächst Ruhe, Opium, Eis, Umschläge, später Ichthyol, Jodtinctur, Jodkali. In veralteten Fällen und bei Verwachsungen

der Adnexe mit dem Peritoneum: im Nothfalle Exstirpation auf dem abdominalen Wege. Ferdinand Epstein (Breslau).

Callari. Sulla presenza di un bacillo non patogeno nella vagina di una donna affetta da vulvo-vaginite blenorragica. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche Nr. 101. 1896.

Callari fand in dem Eiter eines an Vulvo-vaginitis blennorrhoica erkrankten 15jährigen Mädchens, ausser zahlreichen Gonococcen, einen ihm bisher noch unbekannten Bacillus, den er nicht nur mikroskopisch und culturell, sondern auch durch das Thierexperiment auf seine Pathogenität untersuchte. Er gibt eine genaue Beschreibung dieses „Streptobacillus vaginae“ und hebt hervor, dass er der Form nach dem Wurzelbacillus ähnelte, während die Lagerung (Kettenform etc.) an den Bacillus des malignen Oedems erinnere. Pathogen ist der Mikroorganismus nicht. Es handelt sich wahrscheinlich (Ref.) um einen Kettenbacillus, den man nicht so selten in den Präparaten anzutreffen pflegt, wenn man statt isolirtem Urethral- bezw. Cervicalsecret gleichzeitig etwas Vaginalschleim auf den Objectträger bringt. Ferdinand Epstein (Breslau).

Campbell, Highet. Névro-rétinite causée par la gonorrhoe. Annales d'oculistique. Januar 1896 Ref. La Médecine moderne. 7. Jahrgang Nr. 13, den 12. Februar 1896.

Der 30 Jahre alte Patient C. H's aquirirte 8 Wochen nach dem Auftreten einer Gonorrhoe, in deren Verlauf Inguinaldrüsenschwellung auftrat, eine typische einseitige Neuroretinitis. Da alle anderen ätiologischen Momente auszuschliessen waren, musste die Gonorrhoe als die Ursache angesehen werden. Paul Oppler (Breslau).

Mc. Cann, F. J. Gonorrhoeal Peritonitis. The british medical Journal, Nr. 1877, December 19, 1896.

Mc. Cann glaubt, dass es bei Eiterungen im Gefolge von gonorrhoischer Erkrankung im weiblichen Genitaltractus (Tube) und im Peritoneum stets um Mischinfection mit Eitererregern handelt. Den Beweis des Vorhandenseins von Gonococcen glaubt er durch die Cultur (auf erstarrtem Ovarialkysteninhalt) erbringen zu müssen.

Pinkus (Breslau).

Cassine. Trattamento della blennorragia acuta nell' uomo. Revue int. de méd. et de chir. gennaio 1896. ref in Il Morgagni. 9. Maggio 1896.

Nach einer kurzen Einleitung über den Tripper des Mannes, in welcher Cassine hervorhebt, dass die Gonorrhoe keineswegs eine so harmlose Erkrankung ist, wie viele Menschen glauben, bespricht er die Therapie, die er in die „alte“ und „neue“ scheidet. Unter der „neuen“ Therapie versteht er Spülungen mit grossen Quantitäten hypermangansaurer Kalilösung (1 : 6000·0 = 2000·0); die Applicationsweise wird eingehend beschrieben, der Name Janet ist nicht erwähnt. Fast stets (?) tritt schnelle Heilung bei den subacuten Fällen ein. Wo nicht, so ist nach 12—15 Tagen das hypermangansaure Kali mit Argentum nitricum (1·0 : 1000·0) oder mit Sublimat (1·0 : 20000·0) zu vertauschen. Betreffs der

„alten" Therapie, die in die locale und innerliche getrennt wird, bringt C. nicht viel Neues. Bemerkenswerth ist nur die Behauptung, dass am Ende der ersten Woche einer Gonorrhoe stets die Pars posterior miterkrankt ist. Ausser zahlreichen anderen Injectionsflüssigkeiten (Ricord'sche Lösung etc.) empfiehlt C. das sogenannte „Dreisulfatgemisch" (Aqu. dest. 400·0 Zinc sulf. Ferr. sulf. und Cupr. sulf. aa 1·0. Mucil. g. arab. 20·0 M.). Den Schluss bildet die Aufzählung der Kriterien der Heilung, wobei der Hauptwerth auf den negativen Gonococcenbefund nach Instillation einer 1% Argentumlösung gelegt wird. Die Crippa'sche Methode ist nicht erwähnt. Ferdinand Epstein (Breslau).

Du Castel. Chancres du canal et blennorhagie. Revue générale de clinique et de thérapeutique. 9 févr. 1895. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, p. 244.

Bei der Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Urethralschankern und Gonorrhoe erwähnt du Castel den serösen Ausfluss, die Induration der Glans und der Urethra bei Sclerosen, den reichlicheren, öfters blutigen, öfters chocoladenbraunen Ausfluss, das häufige Perforirtwerden der Urethra bei Ulcera mollia. Zum Schluss erwähnt Verf. die häufig nach Urethralschankern zurückbleibenden Stricturen. Als Therapie bei Ulcera mollia gibt er Aetzungen mit 10% Carbolsäure und Einblasen von Jodoform oder Salol an. (Warum erwähnt Verf. nicht das sicherste Unterscheidungsmerkmal zwischen Gonorrhoe und Urethralschankern, die Gonococcenuntersuchung?) Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Chaix. Traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme par les tiges d'ichthyol. Thèses de Paris 1895—96. Ref. in Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie 1896. Nr. 80.

Chaix empfiehlt warm die Behandlung mit Ichthyolstäbchen bei der Gonorrhoe der weiblichen Urethra, da hierdurch eine innige langandauernde Berührung des Mittels mit der ganzen erkrankten Schleimhaut möglich sei. Gleichzeitig rühmt er die schmerzstillende Eigenschaft des Medicaments im acuten Stadium der Gonorrhoe. Doyé (Breslau).

Charalambieff et son maître **Balzer.** Traitement de la cystite blennorrhagique chez l'homme. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie Nr. 72. 1896.

Bei der acuten Cystitis im Anschluss an die Gonorrhoe beim Mann empfehlen Charalambieff und sein Lehrer Balzer in erster Linie die interne Behandlung. Dieselbe besteht ausser in absoluter Bettruhe, Enthaltung aller Alkoholica, Kaffee's, Thee's und scharf gewürzter Speisen in strenger Milchdiät verbunden mit innerlichen Gaben von Alkalien (doppelkohlensaurem Natron, Borax) und Antisepticis (bes. Salicyl). Die Balsamica möchten die Verfasser für die Cystitiden im Anschluss an alte Gonorrhoen aufgehoben wissen. Symptomatisch thuen ferner gute Dienste (heisse) Leinbreiumschläge mit etwas Opium oder Bilsenkraut auf's Abdomen; ausserdem Suppositorien mit Narcoticis (Bilsenkraut, Belladonna, Opium, Kokain, Ichthyol u. s. w.). Auch Kälteapplicationen auf den Damm nützen oft. Bei ganz heftigen Fällen sogar Einführen von Eisstückchen

in's Rectum. Unter dieser Behandlung sieht man die meisten gonorrhoischen Cystitiden zurückgehen resp. heilen. Die locale Behandlung erscheint erst dann angebracht, wenn die Cystitis anfängt chronisch zu werden. Und zwar kommt dann zunächst in Betracht die mechanische Entfernung der stagnirenden Secrete durch Ausspülung mit abgekochtem Wasser. Will man zugleich auf die Schleimhaut direct einwirken, so nimmt man dafür 4% Borsäurelösung. Erst in letzter Reihe kommen Auswaschungen von Arg. nitric. 1/500·0, Ichthyol 0·5—1/100·0, Antipyrini 4/100·0, Creolin 10—15 Gr./250·0 und als allerletztes Refugium die Guyon'schen Instillationen von Arg. nitric. 1—5/100 oder Sublimat 1/5000·0.

Spiegelhauer (Breslau).

Chaumier, Edmond. La blennorrhagie chez le petit garçon; étude pathologique et médicolégale. Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles. 95 Nr. 28 u. 29. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 688.

Der Artikel Chaumier's über die Gonorrhoe kleiner Knaben bringt nichts Neues; er betont, dass im Gegensatz zu der Vulvovaginitis der Mädchen, die häufiger durch Instrumente, Waschgeräth u. s. w., als auf geschlechtlichem Wege übertragen werde, die Gonorrhoe der Knaben stets durch Connex mit einem weiblichen, gonorrhoisch inficirten Wesen entstehe. Incubation, Verlauf, Complicationen und Therapie unterscheide sich in Nichts von der Gonorrhoe Erwachsener.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Chetwood. The Treatment of Follicular Abscess of the fossa Navicularis with Attendant Fistula. Medical News 1896, Nr. 21.

Chetwood theilt die Fälle von folliculärer Abscessbildung in der Fossa navicularis mit Entwickelung von Fistelgängen in 3 Gruppen: incomplete innere, incomplete äussere und complete Fistelgänge. Für alle diese Formen hält er die Spaltung der Urethra von innen nach aussen für nothwendig, unter gleichzeitiger Behandlung der Wundflächen mit starken Wasserstoffsuperoxydlösungen (25%). Pinner (Breslau).

Christian, H. M. Die Dauer der acuten Gonorrhoe. American Association of genito-urinary surgeons. Sitzung am 23. Juni 1896. Journal of cutan. and genito-urin. diseases. August 1896.

Nach Christian ist die Gonorrhoe eine langdauernde Erkrankung und ernster, als gemeinhin angenommen wird. In ⅔ aller uncomplicirten Fälle dauert die Heilung 6—10 Wochen; in einer kleineren Zahl von Fällen, in welchen nicht die ganze Urethra afficirt ist und sich die Erkrankung nur auf die Urethra anterior beschränkt, ist eine vollständige Heilung schon in 4 Wochen zu erwarten. Es ist wichtig, bevor man eine Gonorrhoe für geheilt erklärt, stets eine sorgfältige Untersuchung vorzunehmen. — White, Bryson und Judkins stimmen in der Discussion dem Vortrage bei. Ledermann (Berlin).

Cipriani. Mielite da infezione blennorragica. Rivista clinica e terapeutica. Marzo 1896, Nr. 3.

Im Anschluss an die Krankengeschichte eines 14jährigen Mädchens, welches im Verlaufe einer Gonorrhoe eine Myelitis bekam, die nach Beseitigung der Gonorrhoe in 6 Mon. heilte, bespricht Cipriani den gegenwärtigen Stand der infectiosen Myelitis und bringt eine Casuistik derjenigen Fälle, in denen eine Beziehung der Gonorrhoe zu Entzündungen entfernter Organe, speciell des Rückenmarkes, sei es durch echte Metastasen, sei es durch Toxinwirkung — angenommen wurde.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Cognetti de Martiis. Pazzia blennorragica. Annali di medicina navale fasc. I. 1896. ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche 29. Febraio 1896.

Cognetti berichtet von einem 21jährigen Matrosen, bei welchem gleich nach der Acquisition eines acuten Harnröhrentrippers eine Psychose auftrat, die im Wesentlichen den Charakter einer Manie zeigte. C. glaubt, dass die psychische Affection sicher durch die Gonorrhoe bedingt sei, ebenso denkt der Referent der Gazzetta, welcher diesen Fall in Parallele stellt mit den 12 von Venturi publicirten Fällen von Hebephrenia blennorrhagica. Ferdinand Epstein (Breslau).

Colombini. Reazione del pus blenorragico e la vita del gonococco. Giornale delle scienze mediche (cardarelli) 15 luglio 1896 ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 95. 1896. 9. agosto.

Colombini hat den Eiter von 235 männlichen Tripperkranken, bei welchen Gonococcen sicher nachgewiesen waren, auf seine Reaction untersucht und in 223 Fällen deutlich alkalische Reaction (im Gegensatz zu Martineau, Pajot und Castellan) gefunden, die übrigen 12 Fälle zeigten neutrale Reaction. Er tritt der schon mehrfach aufgeworfenen Frage wiederum näher, ob nicht der mehr oder minder saure Urin im Stande ist, bei seinem Durchströmen bezw. bei seinem Verweilen in der Harnröhre eine Art Gonococcendesinfection zu bewirken. Seine Befunde über das constante Alkalischbleiben des Harnröhrenlumens auch unmittelbar nach der Miction decken sich mit denen Jadassohn's, dessen diesbezügliche Arbeit („Die Reaction im Lumen der Harnröhre": dieses Archiv Bd. XXIV, Heft 3) noch nicht erwähnt ist. Auch C. kommt zu dem Schlusse, dass unsere Kenntnisse über die Harnröhrenlumenreaction und über die Lebensbedingungen der Gonococcen zur Zeit noch keinen Fingerzeig für die Beurtheilung des Verlaufes oder für die Behandlung der Gonorrhoe geben. Ferdinand Epstein (Breslau).

Combemale, M. F. Un cas de pyohémie blennorrhagique. Bullet méd. du Nord, 26. juin. La médecine moderne Nr. 54, 1896, 4 Julliet.

Combemale berichtet einen Fall von gonorrhoischer Pyaemie bei einem 35 J. alten Mann, im Anschluss an einen zwei Monate alten, vernachlässigten oder falsch behandelten Tripper, der mit polyarticulärem Rheumatismus und einer Nierenentzündung verbunden war. Unter den Erscheinungen einer purulenten Bronchitis und Parotitis trat der Tod ein. Section verweigert. Spiegelhauer (Breslau).

Comby. Hémorrhagies compliquant la vulvovaginite des petites filles. Société médicale des hôpitaux. Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie. 29. Octobre 1896.

Comby berichtet über 3 kleine Mädchen, die an Blutungen aus der Scheide litten und als mit Metrorrhagie (resp. Menstruatio praecox) behaftet in das Hospital gebracht wurden. Bei allen dreien bestand eine durch Gonococcen erzeugte Vulvovaginitis. Die Blutung kam aus leicht blutenden Granulationsknöpfen am Orificium externum urethrae.

Pinkus (Breslau).

Cosh, Mc. Peritonitis in the Male as a Complication of Gonorrhoea. Annales of Surgery 1895. Febr.

Mc. Cosh hat in einem Falle, nachdem Schmerzen bei der Defaecation vorangegangen waren, nach einer Bougirung Schmerzen im Darm, Dysurie, Schwellung der Samenstränge, Samenblasen und Prostata, Blutung und eitrigen Ausfluss aus der Urethra, Peritonitis eintreten sehen. Bei der Laparotomie wurden 3 Quart Eiter entleert, um die Prostata war ein förmlicher Eitersack vorhanden; 36 Stunden post operationem trat der Exitus ein. Von den 30 Fällen von Peritonitis gonorrhoica beim Manne, die Mc. Cosh in der Literatur gefunden hat, sind 9 zur Section gekommen.

Jadassohn (Breslau).

Cumston, C. G. Die Therapie der Gonorrhoe des Weibes. Med. St. Frauenarzt. März 1896. Ref. in Medico 1896, pag. 173.

Cumston empfiehlt bei Gonorrhoe des Weibes: 1. bei Infection der Urethra: Irrigationen der Urethra und der Blase mit Kal. permang.-lösung (1 : 1000—2000.0) pro die eine Irrigation mit 1 Liter; zur Nachbehandlung bei Fluor ohne Gonococcen Injectionen mit 1% Ichthyollösung. 2. bei Bartholinitis gonorrhoica: Injectionen von 1% hypermang. Kalilösung, in besonders hartnäckigen Fällen elektrolytische Zerstörung der Drüse. 3. bei Uteringonorrhoe im acuten Stadium: Ruhe und Mercurial-Belladonnasalbe auf den Leib; gleichzeitig Vaginalspülungen mit Sublimat (1 : 10.000). Zur Nachbehandlung: Auswischen des Uteruscavum mit 10% Ichthyollösung, eventuell Curettement.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Delbet. Cinq cas d'orchite blennorrhagique traités par les lavages au permanganate de potasse. Ann. gen.-ur. 1896, pag. 922.

Delbet hat zum Theil schon länger bestehende, zum Theil frische Gonorrhoe mit acuter Epididymitis den Janet'schen Permanganatspülungen unterzogen und glaubt nicht nur nicht geschadet zu haben, sondern sogar, abgesehen von dem Erfolge bei der Gonorrhoe, bei der Epididymitis genützt zu haben. Besserung machte sich nach der 3. oder 4. Spülung schon geltend. Auch bei älteren Nebenhodenentzündungen schwand das Infiltrat, so dass D. bei einem der von ihm behandelten Patienten mit doppelseitiger alter Epididymitis den späteren Spermatozoenbefund auf Rechnung der Behandlung zu setzen geneigt ist.

Barlow (München).

Dezanneau. Du rhumatisme blennorrhagique et de son traitement. Thèses de Paris 1895/96. Ref. in Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie 1896, Nr. 80.

Dezanneau empfiehlt bei dem gonorrhoischen Rheumatismus gleichzeitig eine Allgemeinbehandlung mit Balsamicis, interner Darreichung von salicylsaurem Natron und prolongirten urethralen Ausspülungen mit übermangansaurem Kali und eine Localbehandlung der befallenen Gelenke mit den allbekannten bewährten Mitteln. Bei der akuten Arthritis befürwortet der Autor besonders allgemein oder locale heisse Terpentinölbäder und will die Immobilisirung nur auf ein paar Tage der acutesten Erscheinungen beschränkt wissen, um eine Ankylose zu vermeiden, wie ihm dies auch in 110 Fällen gelungen ist. Einen chirurgischen Eingriff verwirft er. Doyé (Breslau).

Dominé. Étude critique sur les progrès réalisés dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale chez l'homme. Thèses de Paris 1895/96. Ref. in Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie 1896, Nr. 80.

Dominé kommt am Schlusse seiner Arbeit zu dem Resultat, dass es keine specifische Behandlung der Gonorrhoe, kein specifisches Antisepticum gegen den Gonococcus gebe; alle angewandten Antiseptika seien wirksam, wofern sie nur auf den Gonococcus einwirken könnten. Er empfiehlt als bestes Mittel langandauernde Ausspülungen mit Antisepticis in dem klinischen Verlaufe entsprechenden Lösungen. Von der Urethroskopie verspricht er sich nur in chronischen Fällen Erfolg.

Während der Incubationszeit hält er die Abortivbehandlung für möglich. In der acuten Periode redet er der antiphlogistischen Methode als der besten das Wort. Als eigentliche heilende Behandlung empfiehlt er in der subacuten und chronischen Periode eine oder mehrere Serien von Massenausspülungen. Trotzdem blieben viele Fälle insofern unheilbar, als eine nicht gonorrhoische Secretion bestehen bleibe.

Doyé (Breslau).

Dunn, H. Percy. Remarks on gonorrhoeal iritis. The Brit. Med. Journ. 14. Decbr. 1895.

Dunn bemerkt, dass sich aus den Aussprüchen der verschiedensten Autoren die Thatsache entnehmen lässt, dass eine gonorrhoische Iritis niemals beobachtet wurde, ohne dass ihr Gelenkerscheinungen vorausgingen. Er beschreibt einen Fall gonorrhoischer Iritis, bei dem die Infection mit Gonorrhoe 12—15 Monate vor der Augenerkrankung erfolgt war, und der Monate lang an doppelseitiger Kniegelenkentzündung und Entzündung des Unterkiefergelenkes gelitten hatte.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Ehrmann, S. Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Complicationen. Zur Therapie der periurethralen Abscesse und der Prostatitis blennorrhagica. Wiener medic. Presse Nr. 48 und 49, 1895.

Ehrmann gibt zunächst kurz die nach seiner Erfahrung am häufigsten vorhandenen Ursachen für Periurethritis und Prostatis bei acuten Blennorrhoen an. Läsionen der Mucosa im Bulbus urethrae, Epithelrisse in der Fossa navicularis nach zu starken Injectionen nach Coitus haben oft die Einwanderung von Gonococcen oder anderen Mikroorganismen zur Folge. — Die Therapie der Periurethritis soll symptomatisch und auch direct gegen die pathogenen Organismen gerichtet sein; demnach Bromnatron gegen die schmerzhaften Erectionen. Ichthyol in Form von Cacaobutter suppositorien (0.02 Ichth. pro bacillo.) oder auch Irrigationen mit schwachen Ichthyol-Lösungen gegen die Eiterung. Bei drohendem Durchbruch der Abscesse durch die Haut Ichthyolpinselungen oder Salben und Incision mit nachherigem Ichthyolverband. E. zieht das Ichthyol hier deshalb dem Jodoform vor, weil ersteres leicht mit Ol. Eucalypti und Ol. Citronellae aus 2.5% auf Ichthyol berechnet geruchlos gemacht werden kann. -- Bei parenchymatöser Prostatitis: Absolute Bettruhe, Mastdarmkühler, Ichthyolsuppositorien, die besser als Jodsuppositorien wirken und niemals zu Intoxicationen Veranlassung geben. — Bei eingetretener Suppuration Eröffnung vom Perinäum aus und zwar nach Ablösung der Mastdarmschleimhaut nach v. Ditter. Einfache Spaltung per rectum hält E. für lebensgefährlich. — Ref. hat 6 Fälle schwerer Prostataabscesse vom Mastdarme aus operirt, ohne jede Complication des Wundverlaufes, allerdings jedoch bei vorheriger Entleerung und Tamponirung des Rectums mit Jodoformgaze und völliger Ruhigstellung des Darmes durch die ersten 3—4 Tage. Ullmann (Wien).

Fressel, B. Endocarditis gonorrhoica; Inaugural.-Dissertation. Leipzig 1894.

Nach Aufzählung der aus der Literatur bekannten mehr oder minder sicheren Fällen von Endocarditis gonorrhoica, die z. Th. sehr ausführlich angeführt werden, berichtet Fressel über einen Fall eigener Beobachtung aus dem pathologischen Institut zu Leipzig. Es handelt sich um ein 26 J. altes Dienstmädchen, das moribund dem Krankenhause überliefert wurde. Die klinische Diagnose lautete: Oedema pulmonum, Rheumarthritis pedis acuta, die anatomische Hauptdiagnose: Endocarditis ulcerosa, Perforation des Aortensegels der Mitralis; Gonorrhoe. Die Diagnose „Gonorrhoe" gründete sich auf Röthung der Schleimhaut von Urethra und Vagina. Eine mikroskopische Untersuchung des eitrigen Secretes, das spärlich in der Harnblase enthalten war, reichlich die Vaginalschleimhaut bedeckte und das sich aus einer kirschgrossen Prominenz an der linken Seite der Vagina nahe dem Eingange entleerte, wurde nicht vorgenommen. Die Endocarditis war hauptsächlich auf die Aortenklappen localisirt. Mikroskopisch bestanden die ca. hankorngrossen weissen Auflagerungen aus Fibringerinnsel und Blutinseln. In Schnitten fanden sich in denselben bei Färbung mit wässriger Methylenblaulösung grosse Rasen von Diplococcen, „die den Neisser'schen sehr ähnlich waren". Die Semmelform war nicht deutlich ausgeprägt; sie lagen z. Th. innerhalb der Zellen, nach der Gram'schen Färbung waren sie nicht

sichtbar. Andere Bakterien fanden sich nicht; Züchtungsversuche wurden nicht vorgenommen. Dreysel (Leipzig).

Gigli. Un excellent moyen de faciliter l'introduction de la sonde uréthrale Gazette médicale de Strasbourg. Ref. in la médicine moderne Nr. 57. 15. Juillet 1896.

Gigli ist in drei Fällen, in welchen alle vorher gegangenen Katheterisirungsversuche vergeblich gewesen waren, durch ein Verfahren zum Ziel gekommen, welches sich dem Guyon's anlehnt. (Guyon: Erweiterung der Harnröhre vor der Katheterisirung durch unter Druck eingespritzte Flüssigkeit.) Gigli's Verfahren ist kurz Folgendes: Ein dünnes Glasrohr, auf welches der Schlauch eines, 1 M. hoch aufgehängten, mit warmem Salicylwasser gefüllten Irrigators gestülpt ist, wird in die Harnröhre eingeführt. Die Eichel wird fest an die Glasröhre angedrückt, damit die unter Druck einströmende Flüssigkeit nicht herauslaufen kann. Dann wird unterhalb der Glasröhre die Harnröhrensonde (Katheter?) eingeführt, welche dann leicht das Hinderniss, die Verengerung (Strictur? Hypertrophie der Prostata? oder nur Sphinkterkrampf?) überwinden soll in Folge der günstigen Einwirkung der Wärme und des Druckes der einströmenden Flüssigkeit. Spiegelhauer (Breslau).

Grandclément. Nécessité de reviser le traitement des ophthalmies du nouveau-né. Soc. des sciences médicales de Lyon. 20. II. 1895 La Province medicale. 1895. Nr. 8, p. 93.

Grandclément betont die Nothwendigkeit bei jeder Ophthalmie der Neugeborenen das Secret zu untersuchen, da es sehr viele Fälle ohne Gonococcen gibt. Diese heilen sehr gut durch häufige Waschungen mit antiseptischen aber nicht caustischen Flüssigkeiten; man soll Argentum nitricum und Sublimat hierbei geradezu vermeiden, da diese Mittel oft und mehrere Wochen hindurch angewendet, unheilbare Trübungen der Cornea hervorrufen. Auch die wirklichen Gonorrhoen in der Conjunctiva sind meist benigne, und heilen durch dieselbe längere Zeit angewendete Behandlungsmethode. Nur in besonders schweren Fällen muss man neben der antiseptischen nicht caustischen Behandlung auch Argent. nitricum in starker Lösung vorsichtig und nicht zu oft — anwenden. Als nicht ätzendes Antisepticum wird neben Borsäure und hypermangansaurem Kali (1 : 5000) besonders Argentum nitricum 1—2 : 1000 empfohlen.

Jadassohn (Bern).

Gravagna. Sull' isotonia del sangue nei blennorragici. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 90. 1896.

Gravagna hat an Tripperkranken im acuten Stadium und bald nach Beendigung der Krankheit Blutuntersuchungen angestellt [*a*) Isotoniebestimmungen nach Hamburger-Mosso, *b*) Blutkörperchenzählung (Färbung mit Toison) Malassez'scher Apparat, *c*) Hämoglobinbestimmung nach Fleischl] und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Während der acuten Periode der Infection ist die mittlere und minimale (n. b. die maximale wurde nicht bestimmt) Resistenz vermindert, 2. während der Dauer der Krankheit sind die rothen

Blutkörperchen beträchtlich vermindert, die weissen vermehrt. 3. Am Schluss der Krankheit ist die mittlere Isotonie nur 1—2 Grad vermehrt, während die minimale Resistenz eine ziemlich deutliche Vermehrung zeigt. 4. Zu dieser Zeit erreichen die rothen Blutkörperchen nahezu die normale Zahl, ebenso wie die weissen. Ferdinand Epstein (Breslau).

Haenlein. Ueber Gonorrhoe der paraurethralen Gänge. I.-D. Bonn 1894.

Haenlein veröffentlicht ausser einer kurzen das ganze Gebiet der gonorrhoischen Erkrankungen umfassenden Uebersicht, die Krankengeschichte und den Befund eines Falles von gonorrhoisch erkranktem paraurethralen Gange.

Eine Excision ermöglichte die histologische Untersuchung desselben. Auffällig an dem Befunde ist, dass H. als Auskleidung des Ganges nur Pflasterepithel feststellen konnte, dessen Zellen allerdings in der Tiefe etwas länglich wurden.

Gonococcen fanden sich in den Schnitten (Unna'sche Methylenblaufärbung) in grosser Zahl frei im Lumen des Ganges, auf den Epithelien, in den Spalten zwischen denselben, sowie innerhalb der Epithelien.

Paul Oppler (Breslau).

Hawkins, A. New Urethroscope. Medical News. Vol. LXVIII, Nr. 21, d. 23. Mai 1896.

Hawkins hat sich ein Urethroskop nach dem Principe des Ophthalmoskopes construirt.

Es besteht aus einem Tubus (gleich dem des Klotz'schen Endoscopes), welcher an einem U-förmigen Gestelle befestigt ist; an dem gegenüberliegenden Schenkel dieses Gestelles ist durch ein Kugelgelenk verbunden ein central durchbohrter Reflector angebracht. Die Lichtquelle, ein kleines Glühlämpchen, befindet sich in der Mitte zwischen beiden am Ende des Handgriffes mit welchem das Instrument gehalten wird.

Das Instrument zeichnet sich durch geringes Gewicht aus, sowie durch die Möglichkeit die Lichtquelle vollkommen auszunützen, da sich das Auge in der optischen Axe des Objectes befindet. Endlich gewährt es weiten Spielraum für therapeutische Eingriffe.

Eine beigegebene Abbildung macht die Art der Anwendung verständlich. Mit passenden Speculis armirt ist dasselbe Instrument auch zur Untersuchung von Ohren und anderen Höhlen geeignet.

Paul Oppler (Breslau).

Hawkins. Death From Gonorrheal Rheumatism. Medical News Vol. LXVIII, Nr. 24. den 13. Juni 1896.

Hawkins 22 Jahre alter Patient kam zu ihm wegen einer acuten Gonorrhoe, entzog sich jedoch leichtsinniger Weise der regelrechten Behandlung und kam erst nach ca. 10 Tagen wieder mit der Klage über Schmerzen an verschiedenen Körpertheilen.

Den nächsten Tag wurde H. zu ihm gerufen und fand ihn delirirend und hoch fiebernd. Er klagte jetzt über Schmerzen in beiden Handgelenken, welche auch eine geringe Schwellung aufwiesen.

Am dritten Tage liessen die Delirien nach, die Gelenkschmerzen besserten sich etwas auf Jodkali, Morphium, Ichthyolsalbe, heisse Bäder etc., das Fieber hielt an. Der Urethralausfluss war seit dem ersten Fiebertage verschwunden. Am 9. Tage begann die Herzthätigkeit schlecht zu werden, leichtes Coma trat auf und unfreiwillige Mictionen und Defaecationen. Bewegungen des rechten Armes waren schmerzhaft; das Ellenbogengelenk dieser Seite war etwas geschwollen und schmerzempfindlich. An diesem Zustande änderte sich nichts, das Coma wurde tiefer, am 19. Tage erfolgte der Tod. (Leider fehlen die Angaben über einen eventuellen Sectionsbefund. Ref.) Paul Oppler (Breslau).

v. Hibler. Ueber das constante Vorkommen von Spaltpilzeinschlüssen in den Zellen bei Eiterungsprocessen des Menschen, nebst experimentellen Beiträgen zur Kenntniss und diagnostischen Bedeutung solcher Befunde. Centralblatt für Bakteriologie u. s. w. XIX. Bd., Nr. 2/3 und 4/5 d. 23. Januar 1896.

Behufs Feststellung der Umstände, unter denen sich Mikrobeneinschlüsse in Zellen finden und der Ausdehnung, in welcher sie sich finden, hat v. Hibler Untersuchungen angestellt an

1. Eiterungsprocessen beim Menschen (Osteomyelitis, Hautfurunkel, Abscesse, Drüseneiterung, eitrige Parotitis, Gonorrhoe des Mannes, Procmastoideuseiterung, Phlegmone, eitrige Meningitis, Thrombophlebitis).

2. experimentellen Impfungen mit 20 verschiedenen Reinculturen, von denen 10 aus obigen Fällen gezüchtet waren. Mit diesen wurden weisse Mäuse, Kaninchen, Meerschweinchen oder Hunde intraperitoneal geimpft und zwar *a*) mit lebensfrischen, *b*) durch Formalin abgetödteten Culturen.

In sämmtlichen Fällen der ersten und zweiten Gruppe wurden die betreffenden Spaltpilze in reichem Masse in Zellen eingeschlossen gefunden.

Hauptsächlich waren die betroffenen Zellen polynucleäre Leukocyten, in geringerer Zahl mononucleäre, im gonorrhoischen Eiter auch Epithelien, in dem einen Osteomyelitisfalle auch grosse Markzellen, und in den Thierversuchen bei Entnahme des Exsudates in vorgerückter Zeit nach der Infection auch stets Bauchfellepithelien. Stets war das Protoplasma, nie der Kern betroffen.

Es ist nicht angängig hier all' die Einzelbeobachtungen H's. zu referiren; sie sind im Originale, dessen Verständniss durch 2farbige Tafeln sehr erleichtert wird, nachzulesen. Zu folgenden Schlüssen gelangt H.: Es ist eine bei den verschiedensten Eiterungsprocessen zu constatirende Thatsache, dass die betreffenden Eitererreger in die Leukocyten aufgenommen werden.

Dieser Thatsache gegenüber muss von vornherein Befunden von Spaltpilzeinschlüssen in Zellen, der Werth eines bei der diagnostischen Bestimmung gewisser Spaltpilzarten entscheidenden Criteriums, abgesprochen werden.

Diese Auffassung ist auch bei den 2 Arten von Kokken berechtigt, bei deren Diagnose man bisher ein mehr oder minder grosses, ja ent-

scheidendes Gewicht auf ihr Vorkommen innerhalb der Zellen zu legen gewohnt war, nämlich dem Gonococcus (Neisser) und dem Diplococcus intracellularis (Weichselbaum).

Es seien nur kurz H's. Ergebnisse betreffend den Gonococcus angeführt.

a) Morphologie: H. hat sicher festgestellt, dass Staphylococcen sich innerhalb der Zellen vorwiegend in Form von paarigen und auch von höheren Verbänden finden, welche zum Verwechseln ähnlich sind den Bildern, wie sie für die Gonococcen als charakteristisch bezeichnet werden.

b) Tinctorielles Verhalten: Die Gram'sche Methode liefert bei Gonococcen, welche durch alle Cultureigenschaften sicher gestellt sind, unter gewissen Umständen ein wechselndes Ergebniss. Lässt man Ausstrichpräparate von frischem Trippereiter 10—20 Std. im Harn oder physiologischer Kochsalzlösung (behufs Feuchterhaltung) stehen, so fällt die Gram'sche Färbung ungleichmässig aus; es finden sich dann in- und extracellulär gefärbte und entfärbte Individuen neben einander. Andere Mikroorganismen verhalten sich aber ganz ähnlich. Als Grund hierfür sieht H. secundär nach dem Absterben eintretende Veränderungen an. Andrerseits wieder entfärben sich Staphylococcus aureus- Culturen, wenn sie von Culturen stammen, die schon längere Zeit auf künstlichem Nährboden (Zuckeragar) fortgeimpft und aufbewahrt waren, bei der Gram-schen Behandlung gleichzeitig oder wenig später, als die Gonococcen eines frischen Trippereiters.

c) Localisation: Die Localisation in der Zelle hat nach H's. Befunden durchaus keine für die Diagnose des Gonococcus specifisch zu verwerthende Bedeutung. Ebenso wie die bisher für die Gonococcen-Diagnose verwertheten rein morphologischen oder tinctoriellen Merkmale und ihr intracelluläres Vorkommen nicht Stich halten, so reicht auch ihre Vereinigung nicht aus. Die den Beschluss bildenden Ausführungen zur Frage der Phagocytose sind im Originale nachzulesen.

Paul Oppler (Breslau).

Hotaling. The Use of Permanganate of Zinc in the Treatment of Gonorrhea, with a Report of Fifty Cases. — Medical News Novbr. 7. 1896.

Hotaling ordinirt nach Ablauf der acut entzündlichen Urethritis (3 Wochen) Injectionen von Zinc-permanganat (0·1—0·3%) 4—5 Mal pro die. Er erzielte damit bei acuter Urethritis schnelle Heilung (9 Tage) und war auch bei der chronischen Entzündung der Urethra mit seinen Erfolgen zufrieden. Nur in wenigen complicirten Fällen versagte die Heilung. Pinner (Breslau).

Howald. Behandlung der Gonorrhoe mit Airol. Correspondenzblatt für schweizer Aerzte. Nr. 24, 1896.

Howald berichtet über die Resultate, welche in der Berner Hautklinik mit Airol bei Tripperkranken gemacht wurden. Die Form, in welcher das Airol angewendet wurde, war die von Legueu und Levy

angegebene Glycerinemulsion (Airol 2.0, Aqu. destill. 5.0, Glycerin 15.0); hievon wurde wöchentlich 2 Mal je 10 Ccm. eingespritzt. Von 20 acuten Gonorrhoen wurden 12 in kurzer Zeit (nach 3—5 Injectionen) ohne Secret und Fäden entlassen; 6 hatten bei der Entlassung noch Fäden ohne GC. im 1. Urin. Weniger günstig fielen die Resultate bei 11 Patienten mit chronischem Tripper aus, jedoch immer noch so, dass Howald „das Airol wegen seiner exquisit secretionsbehindernden Wirkung“ zur Behandlung der Gonorrhoe warm empfiehlt. — Eine Controle auf Gonococcenfreiheit durch Provocation scheint in keinem Falle gemacht worden zu sein. (Ref.) Ferdinand Epstein (Breslau).

Jahn. Ueber die Complicationen der Gonorrhoe, insbesondere einen Fall von geheilter acuter eitriger, metastatischer Irido-Chorioiditis. (Inaug.-Diss. Berlin 1893.) Ref. nach Baumgartens Jahresbericht. IX. Jahrg., S. 92.

Ueber einen Fall von metastatischer gonorrhoischer Irido-Chorioiditis berichtet Jahn; es ist dies der 7., der überhaupt beobachtet ist. Es fand sich zwar in dem betreffenden Fall keine Arthritis gonorrhoica, nichts destoweniger glaubt der Autor das Zustandekommen einer gonorrhoischen Metastase erklären zu müssen durch das Vorhandensein einer wenn auch geringgradigen Endocarditis ulcerosa; nach Ansicht des Verfassers — natürlich handelt es sich nur um Vermuthungen — können beim Zustandekommen einer Metastase auch die von den Gonococcen gebildeten Ptomaine eine gewisse Bedeutung haben. Eine mikroskopische Untersuchung des Augeninhaltes bei Iridochorioiditis auf Gonococcen wurde leider noch in keinem der mitgetheilten Fälle vorgenommen. Nur wenn diese Bedingung erfüllt, lässt sich diese hochinteressante und wichtige Frage entscheiden. Joh. Fabry (Dortmund).

Janet. Il trattamento abortivo della blennorragia. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 136, 1896.

In der Association française d'urologie fand eine Discussion über „die Abortivbehandlung der Gonorrhoe“ statt. An derselben nahmen theil: Janet, Noguès, Eraud, Guiard und Desnos. Die Discussion, deren Einzelheiten sich zur Wiedergabe in einem kurzen Referat nicht eignen, betraf im Wesentlichen die Frage der Berechtigung der Bezeichnung: „Abortivbehandlung“ und die Definition dieses Ausdrucks; ferner: die Art der Ausführung dieser Therapie.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Jeanselme. Troubles trophiques dans la blennorrhagie. Presse médicale 28. December 1895. Ref. Gazette hebd. de Méd. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 18, d. 1. März 1896.

Der Fall Jeanselms bekam 1 Woche nach seiner gonorrhoischen Infection eine Polyarthritis; 3 Wochen später an den Füssen symmetrisch auftretend eine Eruption bestehend aus Hornbildungen verschiedener Grösse. Arzneiwirkung oder Lues waren auszuschliessen. J. nimmt die Gonorrhoe als Ursache an, und zwar glaubt er an trophische, von einer Rückenmarkerkrankung ausgehende Störungen. Paul Oppler (Breslau).

Iliinsky. Du traitement de la blennorrhagie par l'ichtyol et l'onguent mercuriel. Ref. La Semaine Médicale 16. Jahrg. Nr. 12, d. 4. März 1896.

Iliinsky behandelt acute Gonorrhoeen mit Injectionen einer 2—3% wässrigen Ichthyollösung, steigt eventuell bis zu einer 5 und 6% Lösung und erzielt bei gleichzeitiger Beobachtung hygienischer Vorschriften (Ruhe, Abstinenz in Baccho et Venere etc.) gewöhnlich innerhalb von 8—10 Wochen Heilung. Immer versagt diese Therapie, wenn complicatorisch Prostatitis vorhanden war. In diesen Fällen bewährt sich ausgezeichnet — Heilung manchmal schon in 14 Tagen — die tägliche Application von Suppositorien, welche 0.6 unguent. cinereum enthalten. Therapie der chronischen Gonorrhoe: 5—6 Tage hindurch Injectionen von Lanolin 10.0 auf Aqu. Destillat. 300,0, dann von 2% Ichthyollösung, ausserdem alle 2 Tage Blasenspülungen mit 2% Borsäurelösung. Genügt dies nicht, so führt I. alle 2 Tage ausserdem elastische Gummibougies ein, welche mit

Unguent. cin. dupl. 15·0
Lanolin
Vaselin aa 8·0

bestrichen sind, und 30—40 Minuten jedesmal liegen bleiben. Diese Behandlung soll zu einer rapiden Beschränkung des Ausflusses, allerdings mitunter auch zu Stomatitis führen. Bei Prostatitis ausserdem noch innerliche Jodkalidarreichung. Bei gonorrhoischen Stricturen Dilatation mit Metallsonden, die mit obiger Salbe bestrichen sind und für die Nacht dann Application von Urethralstäbchen folgender Zusammensetzung:

Ichthyol 0·5
Butyr. Cacao.
Olei Olivar.
Lanolin pur. aa qu. s. ut. f. bacilli VIII. 8 Cm. lang.

Paul Oppler (Breslau).

Jullien. Blennorrhagie ano-rectale. X. Congrès français de chirurgie. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 29. Octobre 1896.

Jullien hat 10 Fälle von Anal- und Mastdarmgonorrhoe beobachtet. Als Grund wurde in einer Anzahl die Infection durch Coitus per anum festgestellt, in den übrigen wurde das Herabrinnen des Vaginalsecrets angeschuldigt. Subjective Beschwerden fehlen fast vollkommen. Objectiv findet man Condylome von eigenthümlich charakteristischem Aussehen, Fissuren und gonococcenhaltigen Ausfluss. Einmal wurde das Entstehen eines Infiltrats in der Mastdarmmucosa beobachtet. Jullien weist auf die Möglichkeit hin, hier die Aetiologie der (bei Frauen häufigeren) Mastdarmstricturen zu finden. Die Behandlung ist fast machtlos, 5—6 monatliche Behandlung führte zu keinem Heilerfolg. Pinkus (Breslau).

Jullien. Note sur l'ulcération blennorrhagique. Société de Médecine. Sitzung v. 21. Mai 1896. Ref. La Médecine moderne. 7. Jahrgang. Nr 42, d. 23. Mai 1896.

Nach Jullien vermag der Gonococcus auf den Schleimhäuten, in deren Secret er sich findet, resp. über welche er hinwegfliesst, Ulcerationen zu setzen. Die Erosionen können schankriform aussehen und die Grösse eines 20 Centimesstück erreichen. Auf der Analschleimhaut können sie unter dem Bilde einer Fissur auftreten.

Solche Excoriationen und Fissuren zeigen keine Tendenz zur Heilung; man kann auf ihrer Oberfläche leicht den Gonococcus nachweisen.

Nach Leloir sind es richtige Pyodermitiden, durch den Urethraleiter verursacht.

Dass sich in ihnen ausserdem Ulcera mollia etabliren können ist selbstverständlich, ebenso auch luetische; wir können daher beide Mischformen finden. Paul Oppler (Breslau).

Rast. Ueber einen Fall von Stomatitis gonorrhoica eines Neugeborenen. Inaug.-Diss. Bonn 1894.

Rast bespricht im Anschluss an einen in der Bonner Frauenklinik beobachteten Fall von Stomatitis gonorrhoica eines Neugeborenen eingehend die Aetiologie, das klinische Bild, die Diagnose, Prognose und Therapie dieser Erkrankung und bringt die bisher über diese Krankheit publicirte Literatur. Ferdinand Epstein (Breslau).

Keersmaecker. Le rôle des glandes de Littre dans l'uréthrite chronique. Ann. gen.-ur. 1896, pag. 728.

Keersmaecker bringt eine allgemeine Besprechung über die Wichtigkeit der Diagnose besonders der chronischen Gonorrhoe. Er weist darauf hin, dass Ausfluss und Fadenbildung im Urin eine Zeit lang ganz fehlen können, ohne dass der Process deshalb erloschen sein müsse, da manchmal die erkrankten Drüsen zeitweise verschlossen seien, für ihn gibt sichere Diagnose in solchen Fällen nur das Endoscop und zwar unterscheidet er 2 Formen chronischer Drüsenerkrankung: eine solche, bei der der Drüsenausgang mit der Harnröhre communicirt und eine solche, bei der der Drüsenausführungsgang geschlossen ist, Heilung erfolgt am besten durch Dilatation, unterstützt durch Adstringentien und Caustica. Immer aber muss die Endoscopie die Richtschnur für die Diagnose und Therapie angeben. Barlow (München).

Kiefer, F. Zur Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Gonorrhoe. (Berl. klin. Wochenschr. 1896 Nr. 28).

Ein Fall Fürbringer's, der gleichzeitig Cerebrospinalmeningitis und Gonorrhoe darbot, gab K. Gelegenheit, vergleichende Untersuchungen zwischen den Erregern dieser Krankheiten anzustellen.

Als wesentlichste histologische Unterscheidungsmerkmale sind festzuhalten die Variabilität der Grösse der Meningococcen und deren enorme Anzahl, zwei Eigenschaften, die den Gonococcen nicht in gleichem Masse zukommen. Dagegen können beide Coccenarten in den Kernen vorkommen und haben keine Kapseln, wie Jäger behauptet. Der Hof um den Meningococcus wird vielmehr von K. als schleimige Secretionsschicht der Stoffwechselproducte der Coccen angesehen.

Marcanter sind die Unterschiede in cultureller Beziehung. Der Meningococcus zeigt erhebliche Neigung zur Confluenz und wächst auf Glycerinagar.

Nach den Resultaten K's. wird man in zweifelhaften Fällen nicht umhin können, sich dieser letzteren Culturmethode zu bedienen, zumal die angegebenen histologischen Merkmale sich für die Differentialdiagnose voraussichtlich nicht immer verwerthen lassen.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Kob, Johannes. Die Bedeutung des Gonococcennachweises für die gerichtliche Medicin. Inaugural-Diss. zur Erlangung der Doctorwürde am 5. Juni 1894 an der Friedrich-Wilhelm Universität zu Berlin.

Kob schildert in grossen Zügen, welchen Umschwung die Gonorrhoefrage seit Nöggerath: die latente Gonorrhoe des weiblichen Geschlechtes (1872) und seit Neisser: Entdeckung des Gonococcus (1879) erfahren; wie beiden Autoren mancherlei Anfechtung (Lawson-Twik. Diseases of Woman and abdominal Surgery 1889) zu Theil geworden; wie dann Wertheim, Bumm, Welander, Steinschneider und Andere mehr die Lösung der Frage gefördert, durch Nachweis der Gonococcen auch bei chronischer Gonorrhoe und durch Cultivirung derselben. Vor der Neisser'schen Entdeckung hatte man die Vulvo-vaginitis der kleinen Mädchen als eine Folge von Dyskrasie, Lues, Tuberculose u. s. w. aufgefasst; als man nun jetzt auch bei dieser Erkrankung Gonococcen fand, eröffnete sich für die forensische Medicin eine neue Perspective, besonders bei der Frage des Stuprum, der bekanntlicherweise noch oft in dem Wahn begangen wird: ein Tripper heile durch Berührung eines unschuldigen Mädchens. Der Verfasser berichtet nun einen ihm von Strassmann zur Verfügung gestellten Fall, in dem ein Arbeiter, der (unbewusster Weise) an chronischer Gonorrhoe litt, an einem 8jährigen Mädchen ein Sittlichkeitsverbrechen begangen hatte. Interessant ist in diesem Fall, dass die Uebertragung des Contagium durch die Finger des Mannes stattgefunden haben soll und dass schon vier Tage nach dem Verbrechen sich reichlicher Ausfluss gefunden, weswegen vom Gericht auch nur auf Sittlichkeitsverbrechen erkannt und für die Gonorrhoeerkrankung dem Attentäter nicht die Schuld gegeben wurde. Kob kommt dagegen mit Hinweis auf eine Beobachtung Casper's zu dem Schluss, dass sehr wohl die Vulvo-vaginitis des Kindes 4 Tage post Infectionem einen reichlichen Ausfluss zeigen könne, da beim Kind doch entschieden die Nährbodenverhältnisse u. s. w. andere sind als beim Erwachsenen.

Spiegelhauer (Breslau).

Kopytowski. De la fréquence des gonocoques et autres bactéries dans l'écoulement du col cher les prostituées déclarées saines. Kron. Lek. 1895, Nr. 3. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 115.

Kopytowski untersuchte 163 bei der Controle für gesund erklärte und keinerlei Anzeichen von Gonorrhoe habende Prostituirte auf

den Bakteriengehalt des Uterussecrets und fand bei 15 (also in 8%) Gonococcen und bei 68 (also in 41%) andere unbestimmte Bakterien.

Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Kroum Kambrusseff. De l'arthrite blennorrhagique chez le Nouveau-né. Thèse Nancy 1895—1896.

Kambrusseff beweist, dass die gonorrhoische Arthritis beim Neugeborenen so häufig ist wie in der zweiten Kindheit; sie ist mono-, seltener oligo-articulär, betrifft (nach K.) fast immer das Knie, nie die kleinen Gelenke; sie dauert 15—20 Tage und involvirt sich vollständig. Die Prognose ist gut, die Therapie exspectativ. Die Arthritis wird durch den Gonococcus direct erzeugt. Jadassohn (Bern).

Laborde, Jean. Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles. Recherches personnelles de bactériologie clinique. Nr. 346 (Steinheil). (Thèse de la faculté de Paris.) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Nr. 56. 12. Juillet 1896.

Ausser dem verschiedenen secundären (im Anschluss an andere Krankheiten) Vulvovaginitiden und der traumatischen (Stuprum) Vulvovaginitis gibt es noch zwei Arten von Vulvovaginitis:

1. eine von Laborde als einfache, katarrhalische Vulvovaginitis bezeichnete Krankheit, hervorgerufen durch normalerweise in der Vagina vorhandene Saprophyten und 2. eine specifische Vulvovaginitis, hervorgerufen durch den Gonococcus Neisser. Letztere erfordert eine sofortige, energische Behandlung, da sonst alle bei Gonorrhoe bekannten Complicationen eintreten können. Spiegelhauer (Breslau).

Lanz. Ueber den diagnostischen Werth der mikroskopischen Untersuchung der weiblichen Genitalsecrete. Allg. Medic. Ctrl.-Ztg. 1896. Nr. 68.

Lanz hat auf der ihm unterstehenden Weiber-Abtheilung des Mjassnitzky-Hospitals in Moskau bei 200 Prostituirten methodische Untersuchungen auf Gonococcen durchgeführt und kam hierbei zu dem nach Neisser's Vorgang von verschiedenen Untersuchern gezeitigten Resultat: dass das makroskopische Aussehen des Secretes durchaus nicht immer seinem mikroskopischen Charakter entspricht und dass eine richtige Diagnose und somit auch Behandlung des gonorrhoischen Processes bei Frauen ohne genaue und mehrfache Untersuchung der Genitalsecrete unmöglich ist. Stein.

Larrien. Un traitement simple et efficace de la blennorrhagie aiguë Paris. Librairie Lefrançois 1896.

Nach einem Ueberblick über die bisherige Therapie des männlichen Trippers hebt Larrien die Unzulänglichkeit aller diesbezüglich empfohlenen Mittel hervor, und empfiehlt eine von ihm selbst erfundene Methode der Gonorrhoebehandlung, die speciell im acuten Stadium die besten Erfolge haben soll.

a) Abortivbehandlung: 2—3mal täglich Injection einer lauwarmen gesättigten (20%) Borsäureglycerinlösung (mit Zusatz von 0·5—1·0% Cocain) in die Pars anterior. nb.: dabei blande Diät und körperliche Ruhe.

b) In der acuten Periode:

1. 2—5 Injectionen täglich in die Pars anterior bezw. auch in die Pars posterior der oben angegebenen Borsäureglycerinlösung.

2. 2mal täglich 2 Eucalyptol- bezw. Terpentin-Kapseln bei den Mahlzeiten. Diät, Ruhe.

In der nicht mehr entzündlichen Periode:

1. cfr. B. 1 und 2,

2. dazu täglich 5 Tropfen Solutio Fowleri 1 Monat lang zu nehmen.

Im Anfangsstadium will L. mit der Abortivbehandlung (*a*) in 2 bis 6 Tagen Heilung erzielen. Ferdinand Epstein (Breslau).

Lewin, A. Zur Argoninbehandlung der Gonorrhoe. (Berl. klin. Wochenschr. 1896 Nr. 7.)

L. veröffentlicht aus der Poliklinik Posner's die Resultate der Argoninbehandlung der acuten Gonorrhoe der Männer, zu denen er bei 12 Fällen gelangte (ein nicht allzu reichliches Versuchsmaterial. Ref.). In Uebereinstimmung mit Jadassohn, der das Mittel in die Praxis einführte, fand er, dass es hervorragende Gonococcen tödtende Eigenschaften besitzt, ohne Reizerscheinungen zu verursachen. Bei den 12 Fällen verschwanden die Gonococcen in 9 Fällen innerhalb 2—6 Tagen.

Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Lindemann, S. Arthritis blennorrhoica. (Beiträge zur Augenheilkunde. 1892, Heft 5.) Ref. nach Baumgarten's Jahresbericht. Bd. IX., pag. 89.

In einer nach Blenorrhoea neonatorum entstandenen Gelenk-Metastase gelang es Lindemann Diplococcen nachzuweisen, die nach ihrer intracellulären Lage, nach ihrem Aussehen sowie nach ihrem Verhalten gegen Färbeflüssigkeiten als echte Gonococcen auszusprechen waren. Beim Versuch, die Gonococcen rein zu züchten, bediente sich der Verfasser Wertheim'scher Nährböden, jedoch gelang es ihm nicht einwandfreie Gonococcen-Reinculturen zu erzielen. Trotzdem ist der Fall für die heute nicht mehr zweifelhafte Thatsache echter Gonococcen-Metastasen verwerthbar zu machen, wie wir ja später in dieser Hinsicht völlig einwandfreie Mittheilungen in der Literatur vorfinden. Joh. Fabry (Dortmund).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Neisser, A., Prof. in Breslau. **Stereoskopischer medicinischer Atlas.** Th. G. Fisher & Co., Cassel.

Angezeigt von Prof. F. J. Pick in Prag.

Am 5. Congresse der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Breslau hatten die Congressmitglieder reichlich Gelegen-

heit, die instructiven Stereoskopien zu bewundern, welche in dem vortrefflich eingerichteten photographischen Atelier der Breslauer Klinik hergestellt wurden. Die allgemeine Anerkennung, welche diese Anwendung der Stereoskopie für die Illustration von Hautkrankheiten daselbst gefunden hat und der Wunsch diesen didactischen Behelf anderen Kliniken und weiteren Kreisen zugänglich zu machen, haben den Anlass zur Herausgabe des vorliegenden Bilderwerkes gegeben. Dasselbe beschränkt sich aber nicht auf die Dermatologie, es soll eine Sammlung photographischer Bilder aus dem Gesammtgebiete der klinischen Medicin, der Anatomie, der pathologischen Anatomie etc. bieten und das ist sehr begreiflich, weil die anderen medicinischen Disciplinen, insbesondere die Chirurgie, von der mit der Stereoskopie erreichten Plastik, der Natur der darzustellenden Objecte entsprechend, verhältnissmässig noch mehr Nutzen ziehen können als die Dermatologie.

Vorerst kommt jedoch der Atlas vorwiegend der uns besonders interessirenden Abtheilung für Dermatologie und Syphilidologie zugute. Von den 15 Lieferungen der bisher ausgegebenen Sammlung sind ihr 8 Lieferungen gewidmet.

Man kennt unsere Ansicht über den Werth von Bilderwerken für Forschung und Unterricht in Hautkrankheiten. Wir haben uns darüber mehrfach in diesem Archiv ausgesprochen und haben keine Ursache, auch diesem Bilderwerke gegenüber unsere Ansicht zu ändern. Ihrer Brauchbarkeit sind enge Grenzen gesteckt, sie sind insgesammt Nothbehelfe und machen in dem Grade aus der Noth eine Tugend, als sie die Einzelnheiten in Form und Farbe genauer und im Gesammteindruck lebendiger darstellen. Das Erstere kann die Photographie ohne Colorirung nicht bieten, dagegen kann das photogr. stereoskopische Bild durch seine Plastik den Gesammteindruck sehr lebendig gestalten und schon dadurch belehrend wirken. Das ist an den vorliegenden Abbildungen klar ersichtlich.

Der Herausgeber hat nach dieser Richtung eine vorzügliche Auswahl getroffen und so ist es gekommen, dass nur wenige Bilder nicht vollkommen entsprechen. Sehr löblich und nützlich finden wir auch das Bestreben des Herausgebers, den Atlas den Fachgenossen zur kurzen Publication interessanter, in dieser oder jener Beziehung bemerkenswerther Fälle zugänglich zu machen. Der Atlas gewinnt

dadurch wesentlich an Verwendbarkeit beim Unterrichte, weil durch die Mannigfaltigkeit der Bilder nicht bloss das Gewordene, sondern das Werdende, also der Krankheitsprocess zur Darstellung gelangt.

Eine der Hauptschwierigkeiten bei der Herausgabe von Bilderwerken, das Streben innerhalb eines begrenzten Umfanges, möglichste Vollständigkeit zu erzielen, ist bei diesem Atlas durch den Umstand behoben, dass bei den geringen Herstellungskosten der Preis sehr niedrig gestellt werden konnte und dass eine enge Begrenzung des Umfanges deshalb nicht nothwendig war und ist. Die Kliniker sollten, wie ich es thue, den Studenten empfehlen, sich den Atlas anzuschaffen, damit sie nach Absolvirung eines dermatologischen Curses an der Hand der Bilder das Gesehene in Erinnerung bringen und ergänzen.

Schliesslich sprechen wir den Wunsch aus, dass nach einiger Zeit, wenn das Material genügend angewachsen sein wird, eine besondere Schul-Ausgabe veranstaltet werde, in welcher die Bilder, nach Krankheiten geordnet, in einzelnen Heften erhältlich wären. Der Herausgeber wie die rührige Verlagshandlung würden sich dadurch noch erhöhteren Dank erwerben.

Prof. Stukowenkow †.

Unser geschätzter Mitarbeiter Prof. Stukowenkow in Kiew ist am 14. März, gerade in dem Augenblicke, in dem er die erste Sitzung der neu begründeten physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Kiew als Präsident inaugurirte, einem Schlaganfalle erlegen.

Der hochgeschätzte College, von dessen trefflichen Arbeiten über Syphilis, Mycosis fungoides, Rhinosclerom u. A. dieses Archiv reichliches Zeugniss ablegt, hinterlässt unter den hervorragenden Fachgenossen Russlands eine breite Lücke. Wir sprechen ihnen hiermit unser herzliches Beileid aus. Pick.

Varia.

---

69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. Die unterzeichneten Mitglieder des Vorstandes der Abtheilung für **Dermatologie** und **Syphilis** beehren sich, die Herren Fachgenossen zu der vom 20.—25. September in Braunschweig stattfindenden Jahresversammlung ergebenst einzuladen.

Wir bitten, Vorträge und Demonstrationen spätestens bis Mitte Mai bei einem der Unterzeichneten anmelden zu wollen, da den allgemeinen Einladungen, welche von den Geschäftsführern Anfangs Juli zur Versendung gebracht werden, bereits ein vorläufiges Programm der Versammlung beigegeben werden soll.

Für Mittwoch, den 22. September, ist von Seiten der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe des wissenschaftlichen Ausschusses eine gemeinsame Sitzung aller sich mit der Photographie wissenschaftlich beschäftigenden oder dieselbe als Hilfsmittel der Forschung benutzenden naturwissenschaftlichen und medicinischen Abtheilungen in Aussicht genommen, für die Herr Prof. H. W. Vogel in Charlottenburg den einleitenden Vortrag über den heutigen Stand der wissenschaftlichen Photographie zugesagt hat. An denselben sollen sich Berichte über die von anderen Seiten gemachten Erfahrungen anschliessen; auch soll eine Ausstellung wissenschaftlicher Photographien damit verbunden werden, deren Organisation Herr Prof. Max Müller hieselbst übernommen hat. Die Anmeldung von Mittheilungen für diese Sitzung und von auszustellenden Photographien erbitten wir gleichfalls spätestens bis Mitte Mai.

Zugleich ersuchen wir, uns etwaige Wünsche in Betreff weiterer gemeinsamer Sitzungen mit einzelnen anderen Abtheilungen kundgeben und Berathungsgegenstände für diese Sitzungen nennen zu wollen.

Der Einführende:
Dr. med. **Alfred Sternthal,**
Wolfenbüttlerstrasse 58—II.

Die Schriftführer:
Dr. med. **Hermann Heller,**
Sandweg 3—I.
Dr. med. **Max Ziehm,**
Steinweg 26.

XIIme Congrès international de médecine à Moscou. Liste des questions du comité d'organisation de la VIIIme section. **Dermatologie.** 1. Actinomycose. 2. Tuberculose primitive de la peau. 3. Sarcomatose cutanée. 4. Acanthosis nigricans. 5. Pathogénie de l'area Celsi (alopécie en aires, pelade). 6. Éruptions blennorrhagiques. 7. Éruptions d'origine paludéenne. 8. Éruptions hydrargyriques. 9. Traitement

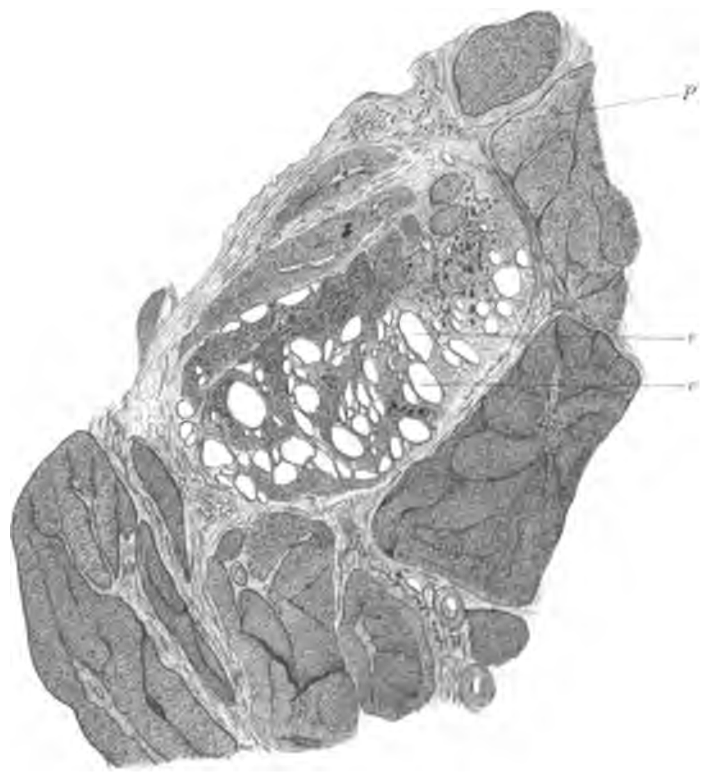


Fig. 1.

Wolters: Locale Veränderungen nach intramuskul. Injection etc.

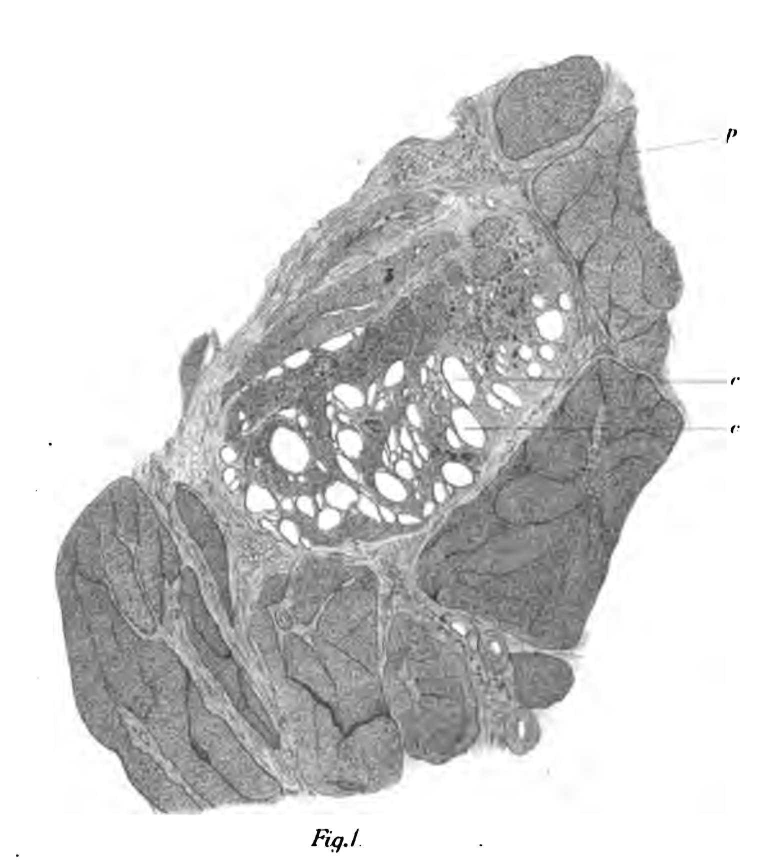


Fig. 1.

Wolters: Locale Veränderungen nach intramuskul. Injection etc.

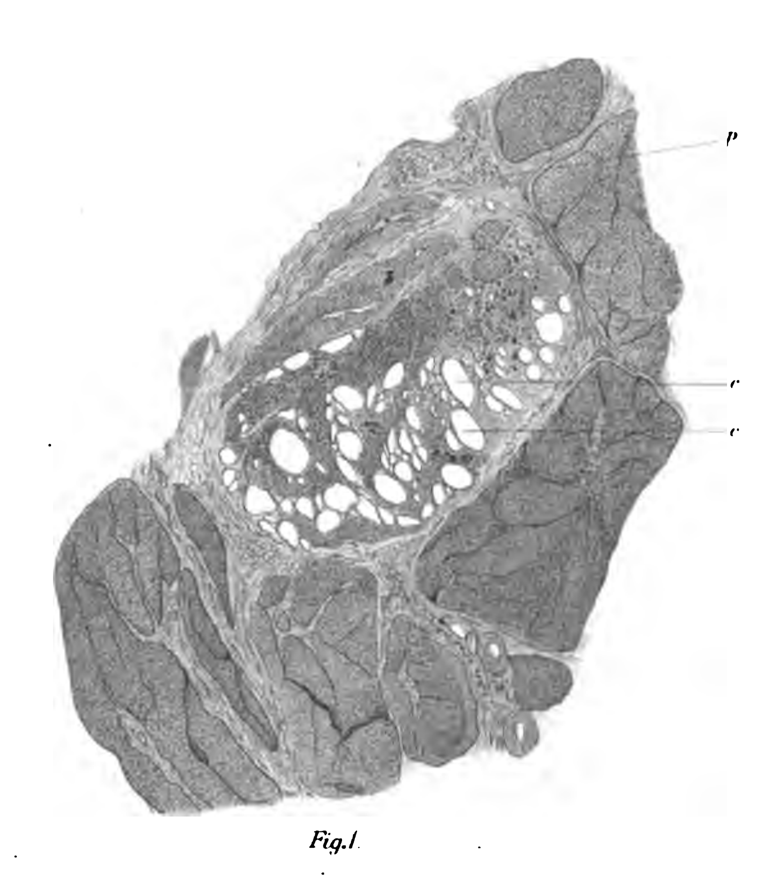


Fig. 1.

Wolters: Locale Veränderungen nach intramuskul Injection etc

de la sclérodermie. 10. Traitement du rhinosclèrome. **Vénéréologie.** 1. Quand doit-on commencer le traitement de la syphilis par le mercure? Pendant combien de temps le traitement de la syphilis doit-il être continué? Faut-il traiter la syphilis au moment de l'apparition des accidents de cette maladie oubien faire le traitement provisoire en dehors de ces accidents? 2. Modification des éléments figurés du sang chez les syphilitiques dans la période condylomateuse. 3. Méthodes de traitement de la syphilis par les injections mercurielles solubles et insolubles.

Wissenschaftliche Privat-Bibliotheken. Der Herausgeber des „Verzeichnisses von Privat-Bibliotheken", G. Hedeler in Leipzig, wird dem kürzlich erschienenen I. Band (Amerika) demnächst den III. Band (Deutschland) folgen lassen. Um diesen wichtigen Theil möglichst vollständig zu gestalten, besonders hinsichtlich wissenschaftlicher und technischer Sammlungen, richtet derselbe an alle Besitzer hervorragender Bibliotheken die Bitte, ihm, soweit nicht schon geschehen, Angaben über Bändezahl, Sonderrichtung etc. ihrer Bücherbestände zur unentgeltlichen Benutzung zu senden. Bei den im I. Band kurz beschriebenen 601 amerikanischen Privatbibliotheken fanden Sammlungen unter 3000 Bänden nur dann Aufnahme, wenn hoher Werth, Seltenheit etc. dies rechtfertigten oder wenn es sich um bedeutendere Specialsammlungen handelte. Eine ähnliche Begrenzung ist auch für die übrigen Bände nöthig. Neben Büchersammlungen literarischer oder allgemeiner Richtung werden wissenschaftliche und technische Fachbibliotheken gerade im III. Band ganz besonders berücksichtigt. Für die Allgemeinheit dürfte das „Verzeichniss", dessen Benutzung ein jedem Band beigegebenes Sachregister erleichtert, auch insofern Interesse bieten, als dasselbe dazu beitragen kann, dass manche wichtige, im Privatbesitz befindliche und daher gegenwärtig meist nur Wenigen bekannte Bücherschätze bei wissenschaftlichen und literarischen Forschungen mehr als bisher zu Rathe gezogen werden. Wer sich des Besitzes einer geeigneten Fach- oder Hausbibliothek erfreut, sollte die Mühe einer kurzen Mittheilung nicht scheuen.

Berichtigung. In meiner Arbeit über das Eczema marginatum habe ich gelegentlich der Nennung der Autoren bei der Aetiologie dieses Processes durch einen Lapsus den Namen Koebner's zu nennen unterlassen, was ich hiemit, auf seine diesbezügliche Reclamation hin, nachtrage.

Dr. **Eduard Spiegler.**

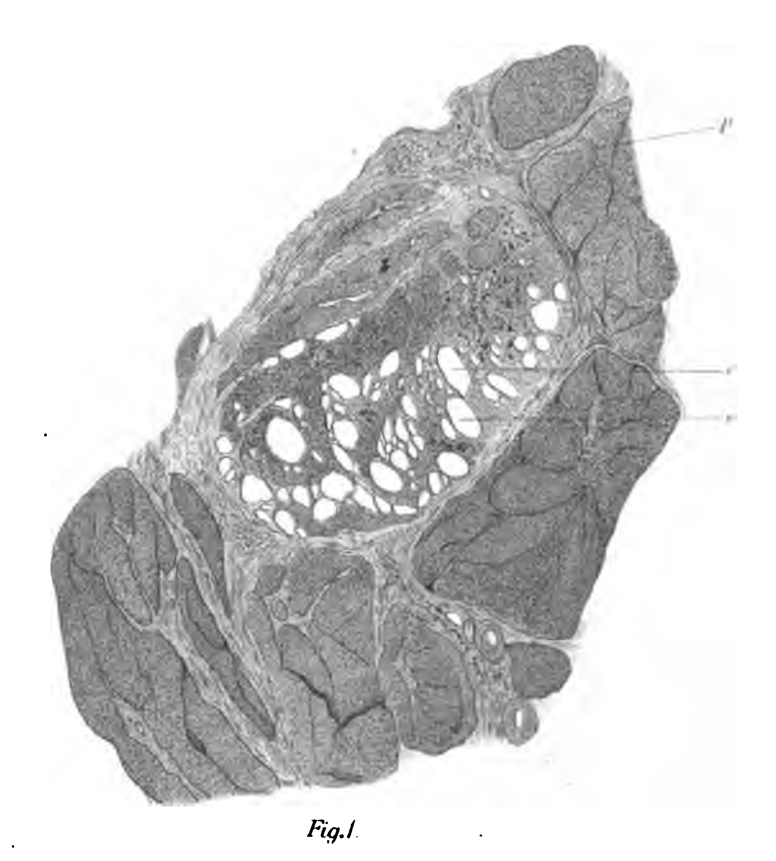


Fig. 1.

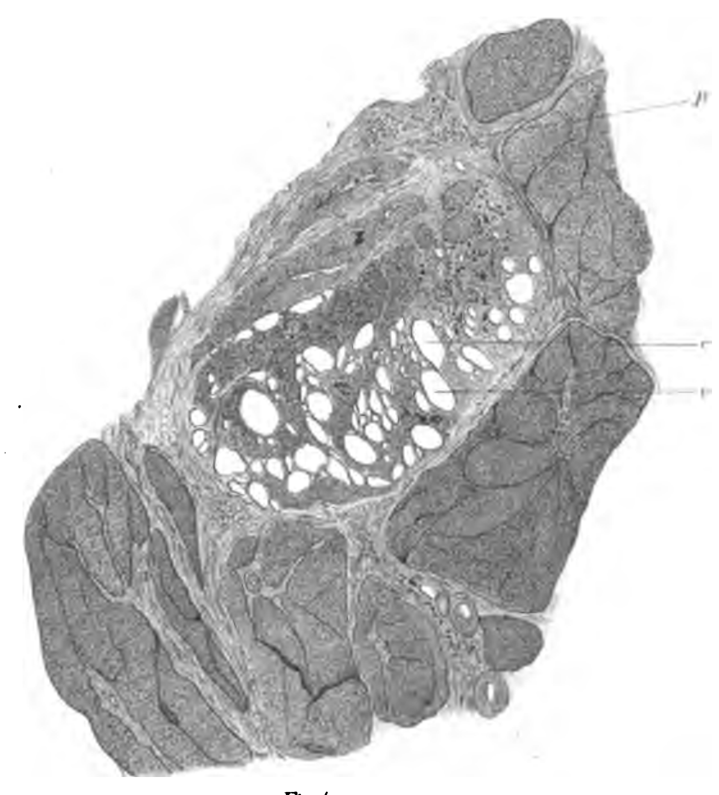


Fig. I

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.


Fig. 5.

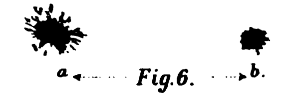


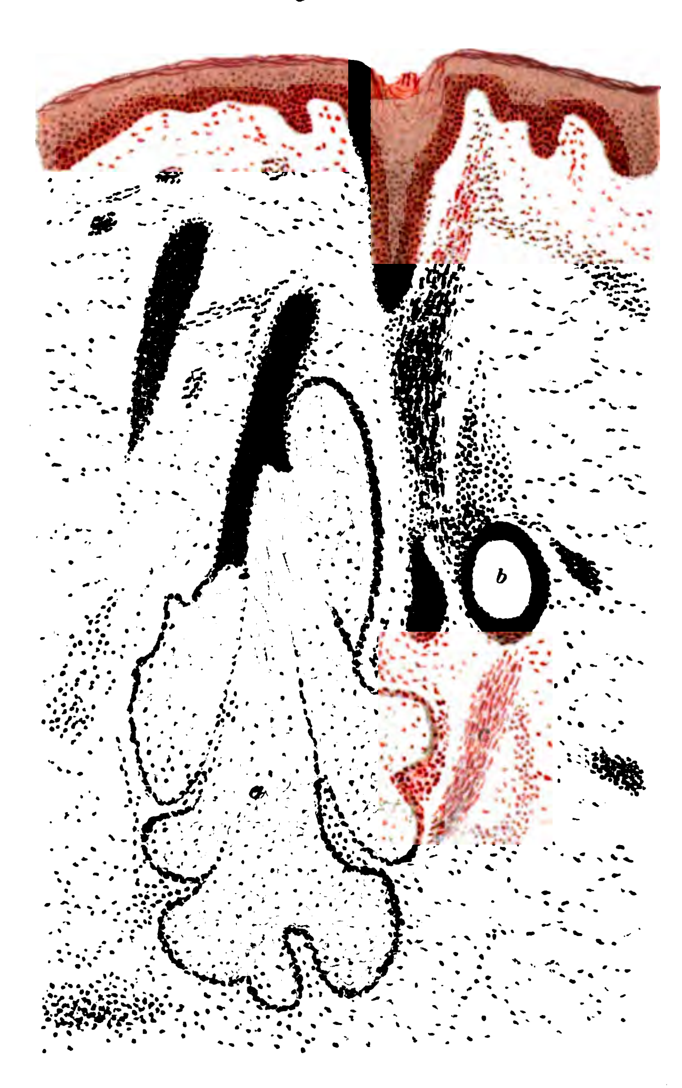
Fig. 6.

Waelsch: Multiple infectiöse Hautgangrän

K u k Hoflith A. Haase Prag



Fig. 1.

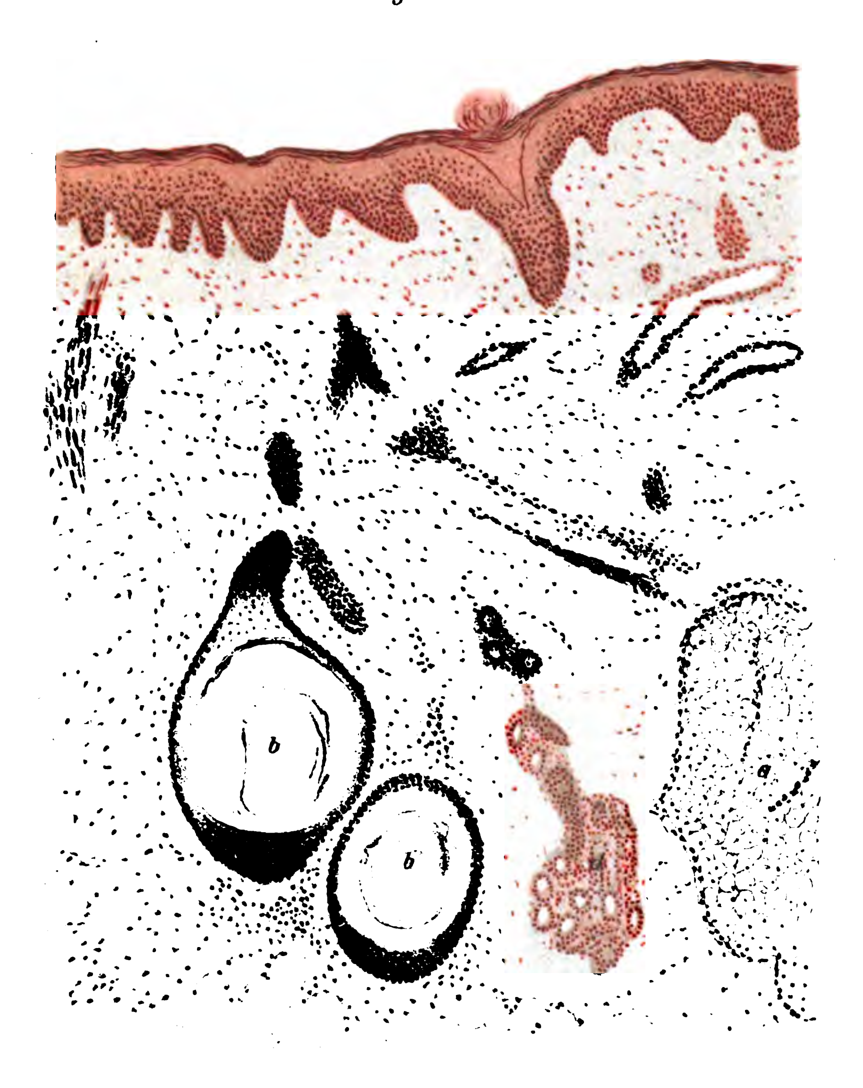


Ziegler: Alopecia congenita.

K. u. k. Hoflith. A. Haase, Prag.



Fig. 2.



Ziegler: Alopecia congenita.

K u k Hoflith A. Haase Prag.





Ziegler: Alopecia congenita.



Originalabhandlungen.

Aus Prof. Welander's Klinik im Krankenhause St. Göran
zu Stockholm.

Zur Frage von der gonorrhoischen Allgemeininfection.[1]

Von

Dr. G. Åhman,
Assistenzarzt am Krankenhause St. Göran.

Wenn ich in dieser Mittheilung den Ausdruck, gonorrhoische Allgemeininfection, anwende, so geschieht dieses, wie ich gleich zeigen werde, in einer besonderen Tendenz.

Wir wissen alle, was wir mit Tripperrheumatismus meinen. Gewöhnlich denken wir uns darunter die gonorrhoische Arthritis, doch sind zum Tripperrheumatismus füglich auch die oft gleichzeitig vorkommende Tendovaginitis, die Myositis u. s. w. zuzurechnen.

Schon seit langer Zeit hat man die monoarticuläre Form als die für den Tripperrheumatismus typische angesehen. Diese Form kommt ohne Zweifel oft vor, in der Mehrzahl der Fälle dürfte aber, wie Jullien (1886) statistisch dargethan hat, mehr als ein Gelenk angegriffen sein. Auf alle Fälle handelt es sich hier zumeist um eine geringe Zahl Gelenke, doch tritt der Tripperrheumatismus zuweilen im höchsten Grade multipel auf. Die Gelenkaffectionen treten indessen in solchen Fällen nicht gleichzeitig oder, wie bei dem acuten rheumatischen Fieber, in rascher Folge nach einander, sondern mehr unter der Form von hartnäckig wiederkehrenden Recidiven auf, die aus neuen Gelenkaffectionen bestehen, während die früheren zurückgehen.

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Gesellschaft schwedischer Aerzte am 22. December 1896.

Wenn man dieses Krankheitsbild sieht und weiss, dass Gonococcen sich zuweilen in den Exsudaten der gonorrhoischen Arthritiden etc. nachweisen lassen, so kann man sich schwerlich des Gedankens erwehren, dass es sich hier um eine allgemeine Gonococceninfection der ganzen Blutmasse handelt, die sich in dieser Weise durch locale Symptome manifestirt. Diese Ansicht verfocht z. B. Souplet schon 1893 in seiner Abhandlung „Blennorrhagie, maladie génerale", und sie hat später durch eine Serie von vortrefflichen Untersuchungen von Höck, Finger, Ghon und Schlagenhaufer, Neisser, Bordoni-Uffreduzzi, Respighi und Burci, Colombinia, Macaigne und Finet u. A. eine mehr positive Stütze gewonnen.

In der Absicht, für die Richtigkeit dieser Ansicht einen sicheren Beweis zu erbringen, mache ich hier folgende Mittheilung, wobei ich erst die untenstehenden beiden kurzgefassten Krankheitsgeschichten anführen will.

Fall I. A. T. A., 22 Jahre, Comptoirist aus Finland.

Der Patient wurde in das Krankenhaus St. Göran am 25. September 1896 aufgenommen. Er hatte den ganzen Sommer über an einem Tripper gelitten. Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus hatte er einen reichlichen purulenten, Gonococcen in Menge enthaltenden Ausfluss aus der Harnröhre. Der Harn war bei der zwei Gläser Probe in beiden Gläsern trübe. Keine Beschwerden beim Harnen. In Betreff der Prostata war nichts zu bemerken.

Diese Gonorrhöe wurde mittelst Irrigationen der Urethra mit übermangansauren Kalilösungen nach Janets Methode behandelt, ohne dass sich anfangs der Zustand veränderte.

Den 12. October 1896 bekam der Patient häufiges Drängen zum Harnen. Der Harn war jetzt etwas blutig. Die Behandlung wurde ausgesetzt.

Den 13./10. Der Patient hatte am Abend Fieberschauer. Die Temperatur 37·2° C.

Den 14./10. Schmerzen und Empfindlichkeit im rechten Schultergelenk; beginnende Schmerzen im rechten Carpus und in den proximalen Interphalangealgelenken des rechten Zeige- und des rechten Mittelfingers, Uebelkeit, Erbrechen, Schmerzen im Rücken, Albumen im Harn. Temperatur am Morgen 40·3°, am Abend 40·6° C.

Den 15./10. Schmerzen und Empfindlichkeit in den Interphalangealgelenken des Zeige- und des Mittelfingers der rechten Hand. Der Harn enthält Eiweiss. Die Temperatur am Morgen 38·4° und am Abend 39·5° C.

Den 16./10. Der Harn dunkel, blutig; enthält 0·05% Albumen und Blutcylinder in geringer Menge. Temperatur am Morgen 37·5°, am Abend 38·1° C.

Den 17./10. Die Albumin- und Cylindermenge unverändert. Erguss in der Scheide der Sehne des linken Musculus tibialis anticus. Das Metacarpalgelenk des kleinen Fingers der rechten Hand empfindlich. Die Temperatur am Morgen 37·2°, am Abend 38·1° C. Die Harnmenge am letzten Tage 1·100 Gr.

Den 18./10. Die Albumin- und Cylindermenge unverändert. Der Erguss in der Scheide der Sehne des linken Musculus tibialis anticus etwas vermehrt. Die Haut über dieser Sehnenscheide geröthet und empfindlich. Bei Punction mit steriler Spritze wurde ein mucopurulentes Exsudat erhalten, in dessen Zellen bei der mikroskopischen Untersuchung Gonococcen in typischen Gruppen nachgewiesen wurden. Dieselben wurden schnell nach Gram entfärbt.

Culturen wurden auf Ascitesagar nach Kiefer's Methode angelegt, und in 24 Stunden war die Platte mit typischen Gonococcencolonien übersäet, die dann in mehreren Generationen cultivirt und in Bezug auf ihr Verhalten zu den verschiedenen Farbenreactionen und Nährböden geprüft wurden. Die Temperatur des Patienten war an diesem Tage subfebril. An den Brust- und Bauchorganen war nichts Krankhaftes zu bemerken. Die Harnmenge am letzten Tage 1·100 Gr.

Den 19./10. Albumin (0·05%) und Cylinder in unveränderter Menge; die tägliche Harnmenge 1·300 Gr. Die Haut über der Tendovaginitis empfindlich und geröthet. Die Temperatur subfebril.

Den 23./10. Die Albuminmenge etwas vermindert (0·02%), Cylinder spärlich, der Harn von normaler Farbe, die Menge desselben 1·600 Gr. per Tag. Der allgemeine Zustand gut. Die Tendovaginitis ist etwas zurückgegangen. Von den Brust- und Bauchorganen war nichts zu bemerken. Die Temperatur afebril.

Den 25./10. Die Tendovaginitis ist nun beinahe zurückgegangen. Am Abend bekam der Patient einen Fieberschauer, und gleichzeitig fingen Schmerzen an, sich in der rechten Hüfte einzustellen. Die Temperatur am Abend 38·9° C.

Den 26./10. Die Temperatur am Morgen 36·8°, am Abend 37·8° C. Die Schmerzen in der Hüfte bestehen fort.

Den 28./10. Der Patient ist jetzt afebril. Im Harn, der von normaler Farbe ist, Spuren von Albumin und einzelne Cylinder.

Den 5./11. Der Patient, der sich während der letzten Woche wohl befunden hat, bekam am Vormittag einen Fieberschauer sowie Schmerzen und eine Geschwulst in dem Metocarpophalangealgelenke des rechten Mittelfingers. Die Temperatur am Morgen 39·1°, am Abend 38·6° C. Der Harn etwas mit Blut tingirt. Albumin 0·02%; einzelne Pigmentcylinder.

Ich hatte schon früher während der Krankheit des Patienten ein paar Mal versucht, durch Cultivirung auf Ascitesagar Gonococcen im

Blute des Patienten nachzuweisen, doch ohne dass mir dieses gelang. Heute erneute ich diesen Versuch, und dieses Mal mit positivem Resultat. Siehe hierüber weiter unten.

Ich gehe indessen zu der betreffenden Krankheitsgeschichte zurück.

Den 16./11. Seit dem Fieberanfall am 4. dieses Monats ist die Temperatur afebril gewesen und der Patient hat sich wohl befunden. Heute ist die rechte Epididymis stark angeschwollen und empfindlich. Die Temperatur war am Morgen 39·8° und am Abend 39·3° C.

Den 17./11. Die Temperatur afebril. Die Epididymis wie gestern.

Den 25./11. Die Temperatur ist während der vorhergegangenen Tage afebril gewesen. Heute hat der Patient heftige Schmerzen in dem linken oberen Theil der Vorderseite des Brustkorbes. Keine deutlichen Reibungsgeräusche Empfindlichkeit für Druck. Ob eine Reizung in der Pleura oder eine Affection in der Brustwand vorliegt, kann nicht entschieden werden. Die Temperatur am Morgen und am Abend 38·7° C.

Den 28./11. Hat fortwährend Schmerzen an der genannten Stelle der Brustwand. Die Temperatur subfebril.

Den 3./12. Die Schmerzen in der Brustwand geringer. Die Epididymis ist abgeschwollen.

Den 4./12. Die Schmerzen in der Brustwand noch gross. Kopfschmerzen. Temperatur am Morgen 37·9°, am Abend 38·6° C.

Den 5./12. Die Temperatur afebril. Der Patient befindet sich wohl.

Nichts deutet in der Urethra auf eine Gonorrhöe hin.

Seit dieser Zeit hat sich die Gesundheit des Patienten immer mehr verbessert. Den 19. December hatte er kein anderes Symptom von seinem Leiden, als unbedeutende Spuren von Albumin im Harn.

Bei der oben erwähnten Reinzüchtung von Gonococcen aus dem Blute des Patienten beim Fieberanfall am 5./10. benutzte ich folgendes Verfahren.

In eine Vene in der Falte des rechten Ellenbogens, die durch eine um den Oberarm gelegte, fest angezogene Binde zum Anschwellen gebracht worden war, wurde, nach sorgfältiger Desinficirung der Haut, in gewöhnlicher chirurgischer Weise die Spitze einer sterilisirten Pravaz'schen Spritze gestochen, mit welcher sich solchergestalt leicht ein Gramm Blut aspiriren liess. Von diesem Blute wurde der grösste Theil unter aseptischen Cautelen in ziemlich dicken Lagen auf vier Platten Ascitesagar in Petri'schen Schalen gegossen. Von einigen noch übrigen Tropfen Blut wurden Deckglaspräparate gemacht, in denen ich mittelst Färbung mit Methylenblau und nach Gram Bakterien nachzuweisen suchte, was jedoch nicht gelang. Die vier Platten zeigten, nachdem sie zwei Tage im

Thermostaten, wo die Temperatur 36° C. betrug, gestanden, zusammen etwas über 30 Colonien, die Gonococcencolonien recht ähnlich waren. Da diese Colonien zum Theil im Blute wuchsen, boten sie nicht ganz das Aussehen dar, welches ich bei Gonococcencolonien zu sehen gewohnt war. Ich machte deshalb von diesen Colonien eine Aussaat auf Ascitesagar, wo ich nach einem Tage eine zweite Generation jetzt leicht erkennbarer Gonococcencolonien bekam. Gleichzeitig waren die Colonien auf den Originalplatten mehr gewachsen, und wo sie sich am Rande der Blutstreifen fanden, hatten sie auf den von dem Blute nicht bedeckten Theilen der Platten vegetirt, an welchen Stellen sie ein mehr charakteristisches Aussehen darboten. Sie wurden hierauf in mehreren Generationen cultivirt und sowohl mikroskopisch (mit Gram's Färbung etc.), wie durch Culturversuche auf anderen Nährböden geprüft und dabei in ihrem Verhalten als echte Gonococcen befunden.[1])

Da dieser Fund alleinstehend und, so viel mir bekannt, der erste sichere derartige Fall in der Literatur ist, beschloss ich, nachdem ich mich mit dem Chef der Klinik, Herrn Prof. Welander, berathen, eine Inoculation an einem Menschen auszuführen, um allen Einwendungen und Zweifeln begegnen und unwiderleglich das Factum feststellen zu können, dass Gonococcen bei dem fraglichen Patienten wirklich in der Blutmasse circulirt haben.

Bei einem jungen Manne, welcher gewillt war, sich dem Risico einer Gonorrhoe zu unterwerfen, und bei dem sich keine Zeichen gefunden hatten und auch damals keine fanden, die auf eine vorhandene oder abgelaufene Gonorrhoe hindeuteten, wurde am 13. November 1896 im Krankenhause St. Göran eine Inoculation in die Urethra mit der fünften Generation der obengenannten Gonococcenculturen gemacht. Diese Inoculation gelang leider allzu gut, und der unglückliche Verlauf des Falles bildet ein ernstes Memento für alle, welche sich geneigt fühlen

[1]) Das Gelingen dieser Culturversuche schreibe ich hauptsächlich dem Umstande zu, dass ich eine so grosse Menge Blut auf die Platten goss. Da ich aus dieser grossen Menge Blut nur dreissig Colonien erhielt, würde ich wahrscheinlich gar keine erhalten haben, wenn ich, wie vermuthlich viele andere gethan haben, mit einem Platindraht nur einen Tropfen Blut auf die Platten ausgestrichen hätte.

sollten, den Versuch zu erneuern. Es ist ja nämlich nicht undenkbar, dass die Virulenz dieser im Blute circulirenden Gonococcen über das Normale gesteigert war. Der Fall bot indessen viel Interesse dar und war auf alle Fälle als das letzte und entscheidende Glied in dem Beweise, den ich dafür erbringen wollte, dass echte Gonococcen wirklich im Blute circulirten und dass es sich hier also um eine allgemeine Gonococceninfection handelte, von Bedeutung.

Fall II. K. J. S. B., 25 Jahre, Arbeiter.

Der Patient, der seit dem 19./10. 1896 im Krankenhause St. Göran wegen Ulcus molle und Bubo inguinalis behandelt wird, hat nie an einem Tripper gelitten; in Betreff seiner Urethra ist nichts zu bemerken. Mit seiner Einwilligung wurde heute (den 13./11.) in die Urethra dieses Mannes eine fünfte Generation der vorerwähnten, aus dem Blute des vorigen Patienten cultivirten Gonococcen inoculirt.

Den 14./11. Schleimiger Ausfluss mit freien Gonococcen.

Den 15.|11. Spärlicher, schleimiger Ausfluss mit Gonococcengruppen.

Den 16./11. Mucopurulenter Ausfluss mit zahlreichen Gonococcen, sowohl frei, wie in Gruppen. Es wird die Behandlung des Patienten mit Irrigation der Urethra anterior mit Permanganatlösung von 0·1% à 45° C. begonnen.

Den 19./11. Das Präputium ödematös; starke Reizung; Ausfluss mit Gonococcen. Die Behandlung wird ausgesetzt.

Den 22./11. Das Präputium noch etwas ödematös; die Reizung etwas vermindert. Spärlicher, mucopurulenter Ausfluss mit Gonococcen. Culturen auf Ascitesagar. Es wird die Behandlung mit Irrigation der ganzen Urethra mit übermangansaurer Kalilösung nach Janet begonnen.

Den 25./11. Der Patient hat diese Nacht schwere Fieberschauer gehabt. Die Temperatur war am Morgen 40° C. Ueber der rechten Lunge unten in der vorderen Axillarlinie geschwächte, entfernte, bronchiale Athmungsgeräusche mit zahlreichem feinem Knisterrasseln und unbedeutender Dämpfung. Daselbst Stiche und Schmerzen beim Athmen. Der Harn in beiden Gläsern trübe. In Betreff der Prostata nichts zu bemerken, ebenso auch nichts vom Herzen. Die Temperatur am Abend 37·4° C.

Den 27/11. Der Patient ist gestern und heute afebril gewesen. An der oben angegebenen Stelle sind die Athmungsgeräusche jetzt vesiculär. Keine Rasselgeräusche. Dagegen wird ein deutliches Reibungsgeräusch gehört. Der Patient expectorirt jetzt reichliche schleimig-eiterige Massen mit einigen eingemischten Blutstreifen.

Den 29./11. Der Patient ist fortwährend afebril gewesen, hat eine Morgentemperatur von 38·8° C. Fühlt Schmerzen an der vorderen Seite

des linken Fussgelenkes und ist unbedeutend empfindlich an der Radialseite des rechten Handgelenkes. Die Symptome von der Brust sind bis auf eine gewisse Empfindlichkeit und geringe Schmerzen bei tiefen Athemzügen verschwunden. Die Temperatur am Abend 37·6° C.

Den 4./12. Die Temperatur ist während der 4 letzten Tage subfebril gewesen. Der Schmerz im Fussgelenk ist auf die Sehnen des Extensor digitorum communis und im Handgelenk auf die Sehnen der Extensoren des Daumens am Processus styloideus radii beschränkt. Am Abend Schmerzen in der Musculatur an der vorderen Seite des rechten Unterarmes und an der inneren Seite des rechten Oberarmes. Eine Drüse in der Axilla angeschwollen und empfindlich. Kleine Lymphangoitis war deutlich zu palpiren. Temperatur am Abend 38·5° C.

Den 5./12. Die Temperatur am Morgen 37·8°, am Abend 38·6° C.

Den 9./12. Ist die vorhergehenden Tage afebril gewesen. Die Tendovaginitis am linken Fusse noch vorhanden.

Den 18./12. Die letzte Woche ist die Temperatur subfebril gewesen. Deutlicher Erguss in die Sehnenscheide des Extensor dig. com. ped. sin. Die Haut darüber sehr empfindlich und entzündet. Heftige Schmerzen daselbst. Temperatur am Abend 38·8° C.

Den 19./12. Hat während der Nacht schwere Schmerzen gehabt. Die Entzündung scheint mehr localisirt zu sein. Bei Punction wurde ein eiteriges Exsudat erhalten, in dem bei mikroskopischer Untersuchung Gonococcen in charakteristischen Haufen in den Zellen gefunden wurden. Culturen wurden auf Ascitesagar nach Kiefer angelegt und nach ein paar Tagen zahlreiche Gonococcencolonien erhalten.

Den 24./12. Hat heute Harndrang, febrile Temperatur, die Prostata angeschwollen.

Den 26. 12. Der Tendovaginitis-Abscess wurde incidirt. Im Eiter liessen sich sowohl mikroskopisch, wie durch Cultur Gonococcen nachweisen.

Den 31./12. Die Tendovaginitis in Heilung; die Anschwellung der Prostata vermindert. Funiculus spermaticus angeschwollen. Temperatur am Morgen 37°, am Abend 38·5° C.

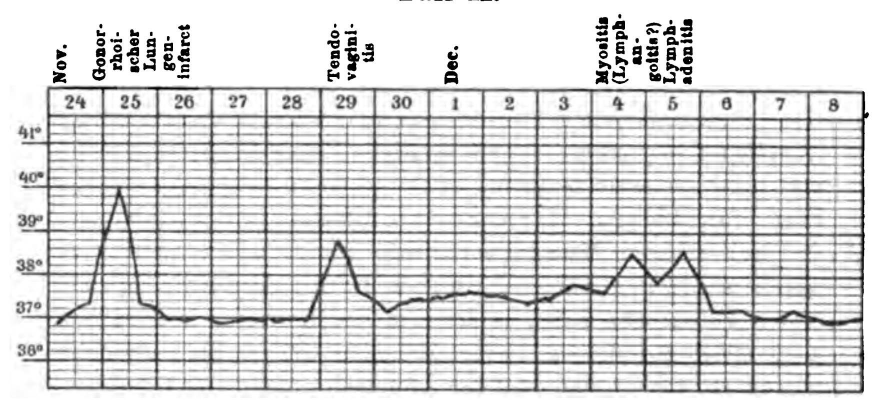
Den 3./1. 1897. Epididymis dext. heute leicht angeschwollen. Temperatur am Abend 38·4° C.

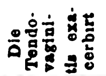
Seitdem hat sich der Zustand des Patienten mehr und mehr verbessert, obschon er noch nicht (den 9. Januar 1897) vollkommen hergestellt ist.

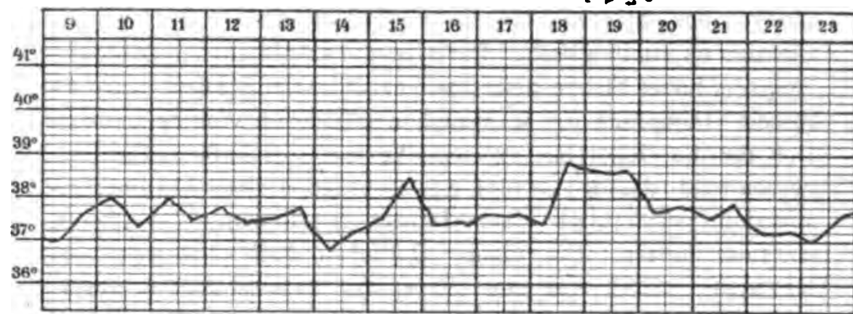
Es ist wohl klar, dass wir es hier mit zwei Fällen von gonorrhoischer Allgemeininfection zu thun haben. Die Anwesenheit von Gonococcen konnte ich bei beiden Patienten in je einer Metastase nachweisen. Dass sie bei dem ersten im Blute circulirten, dürfte wohl durch die eben angeführten Untersuchungen klar bewiesen sein. Die Kette der Beweise ist ja so vollständig wie möglich. Ich werde gleich ein paar

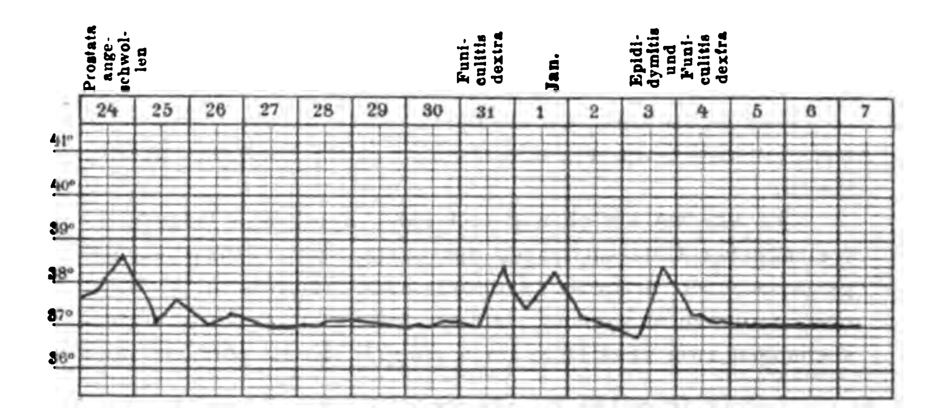


Fall II.

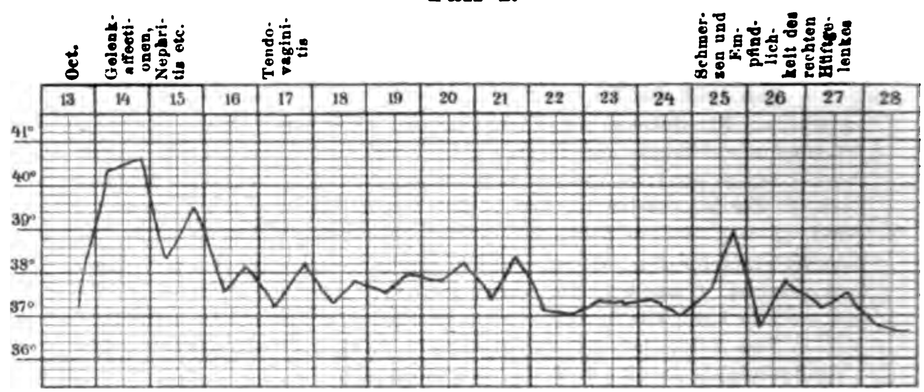

Nov.
Gonor-rhoi-scher Lun-gen-infarct
Tendo-vagini-tis
Dec.
Myositis (Lymph-an-goitis?) Lymph-adenitis
24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8
41°
40°
39°
38°
37°
36°

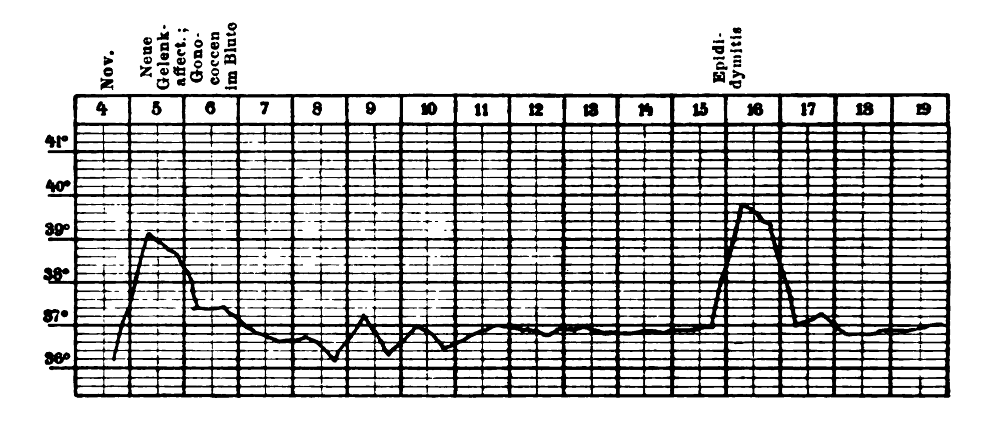

Die Tendo-vagini-tis exa-cerbirt

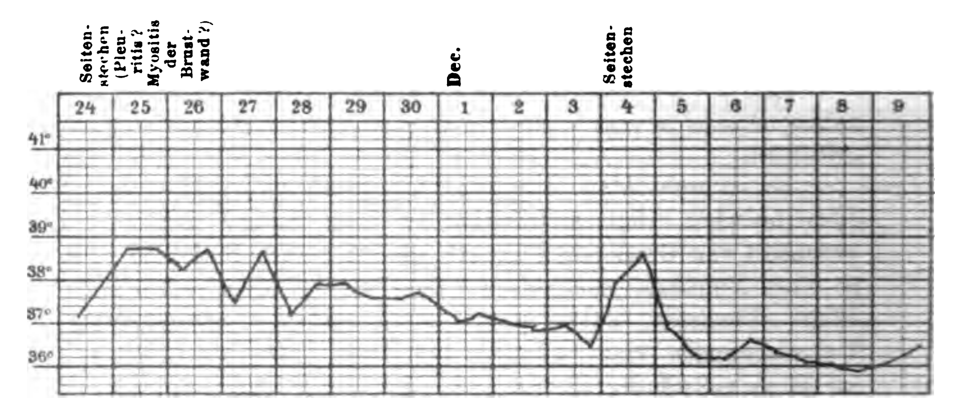

9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
41°
40°
39°
38°
37°
36°


Prostata ange-schwol-len
Funi-culitis dextra
Jan.
Epidi-dymitis und Funi-culitis dextra
24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7
41°
40°
39°
38°
37°
36°

Fall I.

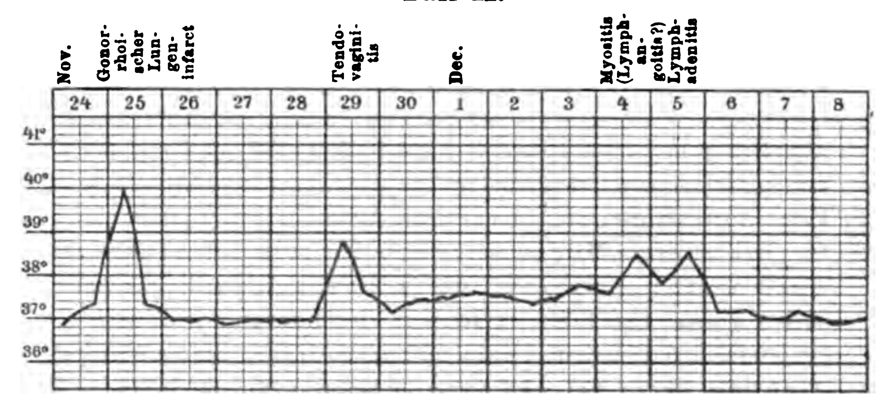

Oct.
Gelenk-affecti-onen, Nephri-tis etc.
Tendo-vagini-tis
Schmer-zen und Em-pfind-lich-keit des rechten Hüftge-lenkes
13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
41°
40°
39°
38°
37°
36°

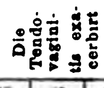

Nov.
Neue Gelenk-affect.; Gono-coccen im Blute
Epidi-dymitis
4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
41°
40°
39°
38°
37°
36°

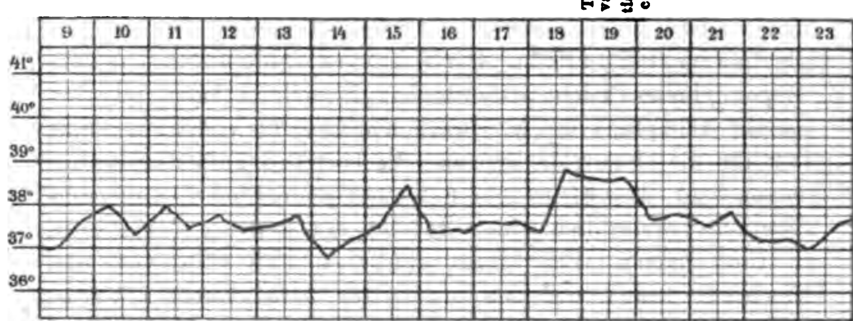

Seiten-stechen (Pleu-ritis? Myositis der Brust-wand?)
Dec.
Seiten-stechen
24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9
41°
40°
39°
38°
37°
36°

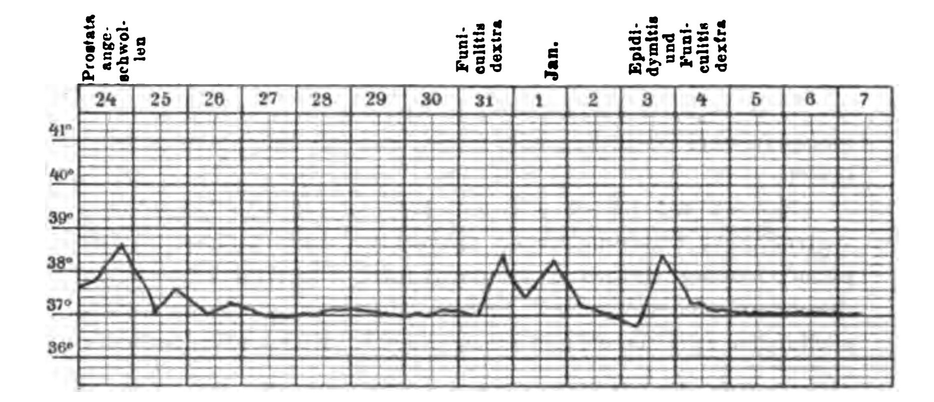


Fall II.


Nov.
Gonorrhoischer Lungeninfarct
Tendovaginitis
Dec.
Myositis (Lymphangoitis?) Lymphadenitis
24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8
41°
40°
39°
38°
37°
36°


Die Tendovaginitis exacerbirt


9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
41°
40°
39°
38°
37°
36°


Prostata angeschwollen
Funiculitis dextra
Jan.
Epididymitis und Funiculitis dextra
24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7
41°
40°
39°
38°
37°
36°

Untersuchungen anführen, die neulich gemacht worden sind und die in derselben Richtung gehen, will aber erst ein paar Umstände in dem Verlauf der soeben beschriebenen Fälle hervorheben. Im Allgemeinen kann man sagen, dass sie für die Gonorrhoe vollkommen typisch gewesen sind. Die verschiedenen Affectionen begannen stets mit heftigen Entzündungssymptomen und plötzlich auftretendem Fieber, um dann in einer milderen Form fortzufahren, bis eine neue Affection mit Fieber kam, was sich mehrere Male wiederholte.[1]) Einige dieser Affectionen waren weniger gewöhnlich, wie z. B. die Nephritis in dem ersten Falle. Die Fälle, welche in der Literatur beschrieben sind, gleichen indessen diesem in hohem Grade. Sie haben alle mit hohem Fieber und heftigen Allgemeinsymptomen begonnen. um nachher einen günstigen Verlauf zu nehmen. Ob die Nephritis durch die locale Gegenwart der Gonococcen, oder durch Toxinwirkung hervorgerufen war, ist schwer zu entscheiden. Eine andere bemerkenswerthe Complication war die Lungenaffection im zweiten Falle. Die Symptome: plötzlich auftretende Dyspnoe, hohes Fieber, Seitenstechen, Bronchialathmen, Knisterrasseln, Dämpfung u. s. w. sprachen anfangs für eine Pneumonie. Der für die Gonorrhoe typische Verlauf des Falles zeigte indessen bald, dass wir es hier mit einer gonorrhoischen Lungenaffection, vermuthlich einem Infarct mit Reizung der Pleura, zu thun hatten. Bei einem ähnlichen Fall (Thayer und Blumer, 1895), auf den ich später zurückkommen werde, fand man bei der Section einen haemorrhagischen Infarct und mehrere bronchopneumonische Herde. Dass die Gonorrhoe eine Pleuritis mit Gonococcen in dem pleuritischen Exsudate verursachen kann, ist von Mazza und Bordoni-Uffreduzzi (1894) gezeigt worden. Ob die Epididymitis in dem ersten Falle metastatischer Natur war oder nicht, will ich dahingestellt sein lassen.

Es ist, wie ich oben gesagt habe, durch eine lange Serie vortrefflicher Untersuchungen dargethan, dass Gonococcen bei gonorrhoischer Arthritis, Tendovaginitis, Pleuritis u. s. w. in den Exsudaten vorkommen, und ich habe nun zu diesen Untersuchungen zwei neue Fälle hinzugefügt.[1]) Es ist offenbar, dass

---

[1]) Siehe die beigefügten Temperaturcurven.

die Gonococcen in die neuen Inflammationsherde schwerlich auf anderen Wegen als durch die Blutcirculation gelangen konnten; dies ist bisher aber nur ein pathologisches Postulat gewesen, das erst durch die oben beschriebenen Beobachtungen klar bewiesen werden konnte.

Indessen sind in der letzten Zeit ein paar Untersuchungen ausgeführt worden, die in derselben Richtung gehen.

Wertheim legte auf dem 6. deutschen Gynäkologencongress in Wien (im Juni 1895) eine sehr interessante Untersuchung über einen Fall von gonorrhoischer Cystitis dar.

Dieser Fall wurde bei einem neunjährigen Mädchen beobachtet, das an gonorrhoischer Vulvovaginitis, acuter Cystitis und gonorrhoischen Arthritiden der beiden Ellenbogengelenke litt. Wertheim hatte Gelegenheit, ein kleines Fragment von der Blasenwand zu excidiren und dieses mikroskopisch zu untersuchen. Er fand zahlreiche Gonococcen im Epithel und im Bindegewebe und in den venösen Capillaren zahlreiche Thrombophlebitiden, welche echte Gonococcen enthielten. Dies gibt uns sichere Andeutungen, wie die Gonococcen von diesen gonococcenhaltigen Thromben in den capillaren Venen, in die Blutcirculation hineinkommen können.

---

[1]) Bekanntlich hat man auch bei der gonorrhoischen Arthritis oft andere Bakterien: Staphylococcen, Streptococcen, Pneumococcen etc. gefunden. Von 11 Exsudaten von gonorrhoischen Arthritiden, die ich selbst im Krankenhause St. Göran bakteriologisch untersucht habe, fand ich in einem Streptococcen und in zweien Pneumococcen; acht Exsudate waren steril. (Die Sterilität dieser 8 Exsudate beweist durchaus nicht, dass die Arthritis nicht durch Mikroorganismen hervorgerufen war, denn solche können sich in der inflammirten serösen Haut finden, ohne in das Exsudat überzugehen.) Der Umstand, dass man oft andere Mikroorganismen in den gonorrhoischen Gelenkergüssen gefunden hat, spricht nicht im geringsten gegen die oben angeführte Ansicht von der Natur der gonorrhoischen Allgemeininfection. Die Gonorrhoe verhält sich hierbei völlig analog mit anderen notorischen Allgemeininfectionen, z. B. dem Abdominaltyphus. In den typhösen Abscessen etc. findet man oft Eberth's Bacillus, doch hat man in ihnen auch andere Bakterien gefunden, die offenbar als Misch- oder Secundärinfectionen zu betrachten sind. Dasselbe ist der Fall mit anderen Infectionskrankheiten, woraus aber nicht folgt, dass man die Bedeutung des speciellen Virus verneinen kann. Was die Gonorrhoe betrifft, so kann man dieses um so viel weniger, als die gonorrhoischen Gelenkaffectionen oft einen ziemlich charakteristischen Verlauf zeigen.

Die andere Untersuchung ist von den Amerikanern Thayer und Blumer (1895) an einem Fall von gonorrhoischer Endocarditis mit Allgemeininfection ausgeführt worden. Dieses ist derselbe Fall, den ich vorhin erwähnt habe. Thayer und Blumer konnten hier an Schnitten von den Herzklappen Diplococcen nachweisen, die höchst wahrscheinlich Gonococcen waren. Sie machten indessen, während der Patient noch lebte, Versuche, Gonococcen im Blute nachzuweisen. Leider waren sie mit den für die Gonococcenzüchtung geeigneten Substraten nicht versehen. Sie halfen sich in der Weise, dass sie Blut aus einer Vene aspirirten und es mit ungefähr doppelt so viel Agar mischten. Sie bekamen Colonien von Diplococcen, die vollständig Gonococcen glichen, und ein jeder, der sich mit der Züchtung von Gonococcen beschäftigt hat, weiss, dass man die Gonococcen wirklich in dieser Weise zum Wachsen bringen kann. Die genannten Coccen konnten auf den gewöhnlichen Nährböden nicht zum Wachsen gebracht werden. Eine Woche nachher bekamen die Autoren Serum- und Harnagar zu ihrer Disposition, da aber waren die Colonien schon abgestorben, sie wuchsen nicht mehr; dieses ist indessen für die Gonococcen vollkommen charakteristisch. Wenn Thayer und Blumer's Culturversuche auch zum Theil misslangen, so erscheint es mir doch als sehr wahrscheinlich, dass die Coccen, welche sie aus dem Blute züchteten, wirklich Gonococcen waren.

Durch diese Untersuchungen wissen wir also, dass die Gonococcen in das Bindegewebe eindringen und capilläre Thrombophlebitiden hervorzurufen vermögen, von welchen sie leicht in die Blutcirculation hineinkommen können, um in den entferntesten Theilen des Körpers neue inflammatorische Processe hervorzurufen.

Durch meinen Nachweis der Gonococcen im circulirenden Blute ist in unserer Kenntniss der Pathogenese der gonorrhoischen Complicationen eine wesentliche Lücke ausgefüllt worden; wir sind nun vollkommen berechtigt, von einer allgemeinen Gonococceninfection zu sprechen.

Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Ueber Porokeratosis.

Von

Dr. Max Joseph.[1]

(Hierzu Taf. XIII u. XIV.)

Unsere Kenntnisse über die Pathologie der Schweissdrüsen, insbesondere über die Betheiligung der Schweissdrüsenausführungsgänge an keratotischen Processen rühren erst aus der jüngsten Zeit her. Mibelli[2]) gebührt das Verdienst, als der erste darauf hingewiesen zu haben, dass zuweilen von dem Ausführungsgange der Schweissdrüsen aus ein Verhornungsvorgang ausgeht, welcher über die Oberfläche der Epidermis warzenförmig hervorragt und sich von hier aus excentrisch ausdehnt. Hierfür schlug er die Bezeichnung „Porokeratosis" vor.

Das klinische Bild, welches Mibelli in seiner ersten Arbeit bereits sehr prägnant hinstellte und welches wir nach meinen Beobachtungen in der That als ein Novum hinnehmen müssen, war etwa Folgendes:

Auf scheinbar gesunder Haut, ohne dass eine Spur eines Entzündungsprocesses vorangegangen wäre, treten umschriebene hyperkeratotische Herde auf, die zu ihrer Entwicklung Monate ja Jahre gebrauchen, ohne dabei Jucken oder bedeutende Desquamation hervorzurufen und die auch später wieder ohne jede Spur von Pigmentation verschwinden. Die Initialform zeigt sich als eine kleine, schmutzig braune Erhabenheit in Gestalt eines cylindro-konischen trockenen harten Stachels, der in die

---

[1]) Nach einem auf der 68. Naturforscherversammlung zu Frankfurt a. M. Sept. 1896 gehaltenen Vortrage.

[2]) Mon. f. prakt. Dermat. XVII. 1893. XX. 1895 und Internat. Atlas seltener Hautkrankheiten. Nr. IX. 1893.

Haut hineingesteckt ist oder aus derselben hervorragt. Nach der Entfernung dieser kleinen hornigen Erhabenheit bleibt eine trichterförmige Oeffnung zurück, welche den Anschein erweckt als ob die Prominenz viel eher in einen Drüsenausführungsgang als in eine Follikelmündung eingekeilt wäre. Allmälig verhornen dann die Ränder, welche den centralen Pfropf begrenzen, und es entwickelt sich nun allmälig durch Erweiterung der ersten Oeffnung und durch vermehrtes Wachsthum der Ränder eine scheibenförmige Plaque. Nach einer gewissen Zeit des Wachsthums fällt der centrale Pfropf dann gewöhnlich von selbst aus oder wird zufällig abgestreift. Das centrifugale Wachsthum der Efflorescenzen bleibt gewöhnlich ziemlich beschränkt, und die Efflorescenzen bleiben, wenn sie einen Durchmesser von 1·0—1·5 Cm. erreicht haben, Jahre lang unverändert. Gerade in diesem Stadium ist das Bild, wie es Mibelli beschreibt, sehr charakteristisch: die warzenähnlichen gelbbraun gefärbten linsen- bis markstückgrossen Flecke von unregelmässiger Form heben sich mit ihrem flachen nur von einigen spitzen harten Höckerchen unterbrochenen Centrum scharf von dem erhabenen, geschlängelten, trockenen, fast scharfen Rande ab und fühlen sich bei der Berührung wie ein Reibeisen an.

Das hier von Mibelli scharf gezeichnete Krankheitsbild mit seinem im wesentlichen abgeflachten und muldenartig eingesunkenen Centrum im Gegensatz zu dem wallartigen Rand ist so prägnant, dass man es nicht leicht übersehen kann. Ich hatte das Bild nicht nur durch das Studium der sehr gut gelungenen Zeichnung in dem internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten, sondern vor allem auch durch die auf dem Londoner internationalen Dermatologen-Congress im August 1896 ausgestellte vortreffliche Moulage so gut meinem Gedächtnisse eingeprägt, dass ich zwei in meiner Poliklinik vor Kurzem zur Behandlung gelangende Krankheitsfälle sehr bald als „Porokeratosis" erkannte.

In meiner ersten Beobachtung handelte es sich um den 14jährigen Otto B., Sohn eines hiesigen Töpfers. Derselbe soll seine Hauterkrankung angeblich seit dem dritten Lebensjahre haben, und da in der letzten Zeit eine Ausbreitung des Processes bemerkt wurde, so suchte er ärztliche Hilfe auf. Von ähnlichen Erkrankungen in der Familie ist nichts bekannt.

Die Hauterkrankung besteht nur an der rechten Hand. Hier ist sie hauptsächlich auf den zweiten und dritten Finger beschränkt, während sich ein eben beginnender kleiner Herd auf dem Handrücken in der Furche der Interossei zwischen dem zweiten und dritten Finger befindet. Dieser letztere Erkrankungsherd soll jetzt sogar unter der von mir durchgeführten Behandlung mit 10% Chrysarobin-Traumaticin schon etwas abgenommen haben, während in letzter Zeit ein Fortschreiten der einzelnen Krankheitsherde aber nur an isolirten kleinen Punkten, welche sich dem Gefühle als Rauhigkeiten präsentirten, bis zum Handgelenke zu constatiren ist.

Die genauere Inspection ergab an dem r. Zeigefinger folgenden Befund: An der Dorsalfläche der ersten Phalanx von dem Metacarpophalangealgelenke an bis zur zweiten Phalanx sieht man etwa 15 bis 20 kleine stecknadelkopfgrosse schwarze Pünktchen. Diese scheinen bei makroskopischer Besichtigung, ähnlich wie es Mibelli beschreibt, „aus dem Centrum einer der rautenförmigen Figuren, die aus der Kreuzung der normal in jener Region besonders ausgebildeten Hautfurchen entstehen" hervorgegangen zu sein. Kratzt man diese kleinen Erhöhungen ab, so sieht man eine Vertiefung, welche in einen Schweissdrüsen-Ausführungsgang zu münden scheint. Ausser diesen isolirten Efflorescenzen besteht in der Mitte der Dorsalfläche der ersten Phalanx eine grössere erkrankte Fläche, welche etwa 2 Cm. in der Länge und ungefähr 3/4 Cm. in der Breite misst. Diese Plaque zeigt vor Allem einen in die Augen fallenden peripheren, ausgezackten hornartigen Wall, während das Centrum glatt, fast normal aussieht und nur hin und wieder kleine spitze, harte Erhabenheiten zeigt. Hierdurch wird zunächst der Eindruck hervorgerufen, als ob man es nur mit gewöhnlichen Warzen zu thun hätte, aber bei genauerem Zusehen erkennt man, dass der gleichmässig über die Oberfläche sich erhebende Wall zwischen den Erhöhungen auch einzelne Vertiefungen zeigt. Die Erhabenheiten entsprechen im Wesentlichen den keratotischen Stellen an den Schweissdrüsen-Ausführungsgängen, die Vertiefungen den dazwischen befindlichen Theilen. Besonders deutlich tritt diese Hyperkeratose der Schweissdrüsen-Ausführungsgänge hervor, wenn man mit einem Objectträger auf die Stelle drückt und sie auf diese Weise blutleer macht. Um diesen Plaque befindet sich, ihn wie ein Kranz umgebend, eine grössere Anzahl ähnlicher kleiner keratotischer Stellen. Einige isolirte oder zu 4—5 zusammenstehende tief schwarz gefärbte keratotische Stellen sieht man dann noch in geringerem Grade an der ersten und zweiten Phalanx. An der zweiten Phalanx des Mittelfingers befinden sich nur zwei keratotische Punkte, an der dritten Phalanx eine etwa hirsekorngrosse erkrankte Partie. An der oben bezeichneten Stelle des Handrückens zeigen sich ebenfalls ungefähr 20 bis 25 einzelne keratotische, wie es scheint an den Schweissdrüsen-Ausführungsgängen befindliche schwarze Punkte. An der Austrittsstelle der kleinen Flaumhärchen bemerkt man nichts Abnormes.

Während in Italien nach den Mittheilungen Mibelli's und Respighi's[1]) die Erkrankung nicht gar so sëlten zu sein scheint, ist aus Deutschland bisher noch kein Fall veröffentlicht, trotzdem Mibelli's erste Mittheilung bereits aus dem Jahre 1893 datirt; daher wird es interessiren, dass ich vor kurzem noch einen zweiten hieher gehörigen Fall beobachtet habe, dessen Abbildung ich auf Taf. XIII, Fig. 1 gebe.

Erkrankt war der 12jährige Max S. Sein Leiden soll angeblich seit 8 Jahren bestehen und ist hauptsächlich auf die rechte Hand beschränkt. Zuerst soll die Hauterkrankung nur auf den gegen einander liegenden Seiten des Zeige- und Mittelfingers der rechten Hand vorhanden gewesen sein. Ungefähr 6 Monate später erschien die Affection auch über dem Gelenk zwischen 1. und 2. Phalanx des rechten Ringfingers, und alle Bemühungen der bisher behandelnden Aerzte führten zu keinem Resultate. Der Zustand änderte sich gar nicht, nur zeigten sich seit etwa einem halben Jahre einige wenn auch geringe Erscheinungen im Gesichte.

Die genauere Besichtigung ergab, wie aus der Abbildung hervorgeht, dass sich der Hauptherd der Erkrankung in der That auf dem Zeige- und Mittelfinger befindet. Die Affection erstreckte sich von dem Dorsum der Grundphalange des Zeigefingers über die Interdigitalfalte auf die Rückenfläche der Grundphalanx des Mittelfingers in etwa hufeisenförmiger Gestalt. Der Zeigefinger ist auf der ulnaren Seite vom ersten Interphalangealgelenk bis zum Metakarpophalangealgelenk befallen, der Mittelfinger an der dem Zeigefinger zugewandten Seite vom Metakarpophalangealgelenk bis zur Mitte der Grundphalanx. Die proximale Grenze der Affection liegt in der Höhe der Metakarpophalangealgelenke.

Die erkrankten Stellen sind scharf gegen die gesunde Haut abgegrenzt mit einem wallartig absteigenden Rande, welcher trocken, rauh, hart ist und eine bräunliche Färbung zeigt. Die von dieser wallartigen Peripherie eingeschlossene Hautfläche zeigt keine Spur von Entzündung und macht einen normalen Eindruck. Nur an einigen wenigen punktförmigen Stellen sieht man eine kleine stachelige, warzige Erhabenheit, nach deren Abheben eine Vertiefung zu Tage liegt, welche einem Schweissdrüsenausführungsgange zu entsprechen scheint. Ebenso lassen die wallartigen Prominenzen an der Peripherie der Plaques am Zeige- und Mittelfinger die Annahme zu, dass sie grossentheils mit den Schweissdrüsen-Ausführungsgängen zusammenhängen, denn nach Abkratzen derselben gelangt man in eine Vertiefung, welche gerade dem Schweissdrüsenporus zu entsprechen scheint. Doch kommt an einigen, wenn auch wenigen Stellen solch eine warzige Erhabenheit auch an einem Follikel vor. Die zwischen den wallartigen Rändern gelegene Haut macht einen atrophischen und dadurch viel zarteren Eindruck als an den anderen Stellen, im

[1]) Mon. f. prakt. Dermat. Bd. XVIII. 1894 p. 70.

Uebrigen aber befinden sich hier weder Krusten noch sonstige Zeichen einer oberflächlichen Entzündung, wie auch Patient über keine subjectiven Beschwerden an diesen Stellen zu klagen hat.

An der radialen Seite des Mittelfingers befindet sich ein etwa den Umfang einer Erbse einnehmender Plaque mit erhabenem warzenförmigem trockenem Rande und einem atrophischen Centrum. Der ganze Plaque wurde zur mikroskopischen Untersuchung excidirt und ist daher auf der Photographie (Taf. XIII, Fig. 1) nicht sichtbar. Schliesslich befindet sich noch ein Erkrankungsherd, der auf der Abbildung deutlich sichtbar ist, an dem vierten Finger und hatte hier etwa die Ausdehnung einer Bohne. Sein Hauptherd sass an dem ersten Interphalangealgelenk mit denselben Charakteren wie wir sie oben beschrieben haben. Von hier aus zweigte sich ein wallartiger Streifen in fast gerader Richtung nach den Nägeln zu ab mit den gleichen oben beschriebenen Charakteren, an denen besonders wieder der Zusammenhang der stacheligen, warzigen Excrescenzen mit den Schweissdrüsen-Ausführungsgängen deutlich zu demonstriren war.

An der rechten Seite des Unterkiefers haben sich neuerdings etwa sechs linsengrosse rundliche, mit kleinen warzigen Excrescenzen bedeckte Krankheitsherde gebildet. Dieselben sind ebenfalls über die Oberfläche etwas erhaben und ungefähr kreisförmig angeordnet, so dass sie einen zackigen Wall in der Peripherie und in der Mitte eine atrophisch eingesunkene Stelle bilden.

Nach der hier gegebenen Beschreibung und der auf Taf. XIII, Fig. 1 befindlichen Abbildung wird die Aehnlichkeit der einzelnen Eruptionsformen mit den von Mibelli und Respighi gegebenen Abbildungen sofort in die Augen fallen. Nicht nur die Localisation, sondern auch die Art der warzigen Efflorescenzen stimmt mit dem von diesen Autoren gezeichneten Bilde. Allerdings stellen unsere beiden Fälle noch Frühstadien des Processes dar und daher ist es bei ihnen noch nicht zu der hochgradigen Ausdehnung gekommen, wie sie von den beiden genannten Autoren in Wort und Bild mitgetheilt ist. Wir haben es in unseren beiden Fällen mit Frühformen dieser Krankheit zu thun, und dieses wurde auch durch die mikroskopische Untersuchung[1]) bestätigt.

Dieselbe ergab in beiden Fällen einen vollkommen identischen Befund und die Veränderungen waren die gleichen an den isolirten stacheligen Hervorragungen wie an den grossen Plaques. Es bestand eine ausserordentliche Zunahme des Rete

[1]) Die hier zugehörigen Präparate wurden in der Märzsitzung der Berl. derm. Ges. demonstrirt.

Malpighii, welches sich hoch hinauf erstreckte und hier bis weit in die hyperkeratotischen Partien durch seinen Zellencharakter erkenntlich war. Ebenso hatte aber diese Hyperkeratose zu einer Erweiterung der Interpapillarzapfen geführt, welche auf diese Weise 4—6 Mal so breit als normal waren und sehr stark in die Tiefe des Coriums wucherten. Die dazwischen befindlichen Papillen waren etwas verschmälert und von einem dichten Zellinfiltrat ausgefüllt. Das letztere schliesst sich enge, wie aus Taf. XIV, Fig. 3. ersichtlich ist, an die lang ausgezogenen und stark erweiterten Capillaren an. Das Infiltrat selbst besteht aus zahlreichen mononucleären Leukocyten und Spindelzellen, während Mastzellen in dieser Gegend nur sehr spärlich anzutreffen waren. Dagegen wurden die Mastzellen zahlreich in der Tiefe des Coriums gefunden, wo sie sich zusammen mit den zahlreich vorhandenen mononucleären Leukocyten den stark erweiterten Gefässen anschliessen. Auch zwischen den Schweissdrüsenglomeruli waren zahlreiche Mastzellen zu finden. Die nach der Orceinmethode dargestellten elastischen Fasern boten nichts abnormes dar.

Besondere Beachtung verdienen aber die hyperkeratotischen Stellen. Denn hier zeigten sich einige Merkwürdigkeiten, welche für diese Erkrankung specifisch sind, und welche ich noch bei keiner anderen Affection wiedergefunden habe. Es gehen nämlich von den Schweissdrüsenausführungsgängen Hornkegel aus, welche nicht nur wie aus Taf. XIV, Fig. 2 ersichtlich in den Ausführungsgang eingekeilt sind, sondern auch (Taf. XIV, Fig. 4 s,) über die Oberfläche hervorragen. An einzelnen Stellen ist diese Prominenz schon ausgefallen, während sie an anderen noch deutlich sichtbar ist und hier wie ein Büschel über die Oberfläche hervorragt. Verfolgt man den Process weiter, so sieht man nur, wie zunächst zu beiden Seiten solcher hyperkeratotischen Schweissdrüsenausführungsgänge sich ähnlich wie in Taf. XIV, Fig. 1 warzenförmige Erhabenheiten bilden, welche allmälig sich excentrisch weiter ausbreiten und von den kleinsten Anfängen (Taf. XIV, Fig. 1) allmälig ziemlich grosse Dimensionen annehmen, ähnlich wie es auf Taf. XIV, Fig. 2 und 3 dargestellt ist. Manchmal sind sogar mehrere dieser hyperkeratotischen warzenartigen Gebilde in der Nähe eines Schweiss-

drüsenausführungsganges zu finden (Taf. XIII, Fig. 3) und zeichnen sich durch ihr Höhenwachsthum aus, während an anderen Stellen wiederum die warzenförmigen Gebilde durch ihr excentrisches Wachsthum auffallen und grosse Dimensionen annehmen (Taf. XIII, Fig. 4 und 5). Dieselben zeichnen sich stets dadurch aus und heben sich von ihrer Umgebung scharf ab, indem in ihnen im Gegensatz zu der Umgebung eine grosse Menge färbbarer Kerne in der Epidermis noch zu finden ist. Dies geht am besten aus den vier ersten Zeichnungen der Tafel XIV hervor. In Mitten solcher warzenförmiger Hervorragungen sieht man dann oftmals einen theils geradlinig, theils geschlängelten, korkzieherförmig verlaufenden Schweissdrüsenausführungsgang, welcher aber meist ganz normal ist und nur an wenigen Stellen eine bereits beginnende Verhornung zeigt. In diesen Partien ist auch gerade wie sich aus den Präparaten ergibt, welche nach den von Dreysel und Oppler[1]) empfohlenen Methoden gefärbt sind, das Keratohyalin deutlich vorhanden, während es an den nicht hyperkeratotischen Stellen fehlt. An diesen letzteren ist wiederum ein deutliches Stratum lucidum vorhanden. Es zeigen sich Eleidinkörnchen, und das Stratum granulosum ist an manchen Stellen gar nicht deutlich sichtbar, an anderen nur sehr gering, in ein bis zwei Zellagen entwickelt. Ich kann hiernach bestätigen, was Dreysel und Oppler als allgemeine Thatsache gefunden haben, dass bei Krankheiten, welche wesentlich mit Verhornungsanomalien einhergehen, den Parakeratosen, niemals Eleidin gefunden wird an den Stellen, wo die Kerne im Stratum corneum noch ihre Färbbarkeit bewahrt haben, selbst wenn Keratohyalin an solchen Stellen noch nachweisbar ist.

An einzelnen Stellen sieht man deutliche Flaumhärchen (Taf. XIII, Fig. 6) und etwas erweiterte Follikel, aus welchen ebenfalls ein horniger Pfropf hervorragt und inmitten eines hyperkeratotischen warzenartigen Gebildes liegt, genau so wie wir es vorhin bei den excentrischen Hyperkeratosen der Schweissdrüsen beschrieben haben. Allerdings muss ich bemerken, dass man solcher Stellen nur äusserst wenige findet. Indessen ist

[1]) Dieses Archiv Bd. XXX.

das Vorkommen derartiger Stellen doch aus der photographischen Aufnahme in Taf. XIII, Fig. 6 sicher klargestellt.

Auffällig war der grosse Reichthum an Schweissdrüsen, welche sich in jedem Schnitte in vielfacher Zahl vorfanden und hier sehr viel zahlreicher anzutreffen waren als in der Gegend des Fingerrückens der normalen Haut. Taf. XIV, Fig. 5 zeigt diese abnormen Verhältnisse. Zwischen den Schweissdrüsenglomeruli fand ich zwar eine grosse Menge von Mastzellen, aber sonst keine Infiltration. Die Schweissdrüsen selbst zeigten zunächst nichts Abnormes und vor allen Dingen keine solchen cystischen Erweiterungen, wie sie Mibelli beschrieben hat und wie sie mir aus meinen Untersuchungen über den Lichen ruber (dieses Archiv Band XXXVIII, Heft 1, 1897) sehr genau bekannt waren. Indessen war es auffällig, dass man mit bestimmten Färbungen, vor allem der Gram'schen Methode eine ziemlich beträchtliche Menge von Kerntheilungsfiguren erkennen konnte. Auf Taf. XIV, Fig. 6 sind einige derselben abgebildet.

Vergleichen wir die von mir an den beiden Patienten beobachteten klinischen und histologischen Bilder mit den von Mibelli und Respighi herrührenden Schilderungen, so haben wir es in allen diesen Fällen zweifellos mit einem gleichartigen Krankheitsprocesse zu thun. Allerdings bestehen kleine Differenzen, welche sich aber wohl hauptsächlich durch die verschieden lange Dauer des Leidens in den einzelnen Fällen erklären lassen.

Diese Dermatose setzt gewöhnlich schon im frühesten Lebensalter ein. Meine beiden Patienten hatten ebenso wie die von Mibelli und Respighi zuerst beschriebenen ihre Porokeratosis schon seit der frühesten Kindheit. Auch Dubreuilh[1]) berichtet über einen achtjährigen Knaben, welcher die Affection seit seinem ersten und Hutchins[2]) über einen 32jährigen Patienten, der die Affection seit seinem 2. Lebensjahr hatte. Dagegen begann die Erkrankung bei den von Reisner[3]) aus Prof. Wolff's Klinik in Strassburg berichteten Falle erst im 13.,

---

[1]) Intern. dermat. Congress zu London. 1896.

[2]) Journal of cutan. and genito-urin. dis. Oct. 1896.

[3]) Inaug.-Dissert. Strassburg 1896.

bei einem der von Respighi[1]) beschriebenen Falle etwa im 25. Lebensjahre und bei einem Patienten Mibelli's sogar erst im Alter von 55 Jahren. Meist localisirt sich die Affection nur an den Händen, den Unterarmen und dem Gesicht. Doch war in den von Reisner und Respighi mitgetheilten Beobachtungen[2]) das Exanthem sogar über einen grossen Theil des Körpers verbreitet.

Die Frage, ob es sich hier um eine besondere Form der Keratosenbildung handle, glaube ich mit Ja beantworten zu müssen. Dafür scheint mir vor Allem das klinische Aussehen der Affection zu sprechen, welche mit keiner ähnlichen Dermatose meiner Ansicht nach verwechselt werden kann. Diese scharf umschriebenen Erkrankungsherde mit ihrem sich deutlich von der gesunden Umgebung abhebenden hyperkeratotischen Walle, welcher die Neigung hat sich excentrisch auszubreiten, während in der Mitte dieser Scheiben eine Atrophie der Haut eintritt, machen das klinische Bild unverkennbar.

Die Aehnlichkeit dieser Affection mit einem Lichen ruber planus scheint mir nur eine geringe zu sein und wenn nicht schon das klinische Aussehen und der Verlauf des Lichen, welcher mit der Porokeratose gar keine Gemeinschaft hat, gegen eine Vermengung beider Krankheitsbilder spräche, so sollte es der histologische Befund thun, welcher beim Lichen ruber (conf. meine anatomischen Untersuchungen, dieses Archiv Band XXXVIII) vollkommen different von der uns hier beschäftigenden Krankheit ist. Eine Aehnlichkeit der Porokeratosis mit gewöhnlichen Warzen liegt entschieden vor, auch Mibelli beschreibt die Efflorescenzen als warzenförmige Gebilde und bemerkt bei seinem zweiten Patienten sogar (p. 425 Mon. f. prakt. Derm. Band XVII 1893), dass sie auf den ersten Blick das Bild gewöhnlicher harter Warzen der Hand darboten. Auffälliger Weise sassen die meisten dieser Gebilde ebenso wie bei meinem Patienten auf den Streckseiten der

---

[1]) Giorn. ital. dell. Malatt. Ven. e dell. Pelle. Fasc. I. 1895.

[2]) Ausser diesen bisher in der Literatur mitgetheilten Beobachtungen über Porakeratosis dürfte wohl auch ein von Rudojawzew als Keratosis linearis in der russ. derm. Ges. v. 28. Jan. 1895 (Mon. f. prakt, Derm. Bd. XXII. 1896 p. 181) vorgestellter Fall hierhin zu rechnen sein.

Extremitäten. Indessen weisen sowohl Mibelli wie Respighi (p. 83 Monat. f. prakt. Dermat. Band XVIII 1894) sehr eingehend auf die Unterschiede dieser beiden Affectionen hin. Eine Verwechselung mit Tuberculosis verucosa cutis kann wohl nur auf den ersten Blick erfolgen, aber nicht nur der weitere Verlauf, sondern vor Allem auch die histologische Untersuchung wird hier marcante Unterschiede ergeben. Schliesslich bleibt nur noch eine Verwechslung dieser Erkrankung mit der Ichthyosis übrig, und in der That haben sowohl Tomasoli (citirt bei Mibelli) wie Majocchi (Monat. f. prakt. Dermat. p. 77 Band XXII 1896) die Porokeratosis für eine Varietät der Ichthyosis erklärt. Auch Mibelli betont die Aehnlichkeit der Affection mit der Ichthyosis hystrix. Indessen hat er sowohl wie Respighi schon auf die Differenzpunkte dieser beiden Affectionen hingewiesen, so dass ich es mir versagen kann, hier ausführlicher darauf einzugehen. Die bei der Porokeratosis beobachtete Localisation des Erkrankungsprocesses würde allerdings nicht gegen Ichthyosis sprechen, da wir wissen, dass hier mannigfache Varietäten vorkommen. Ich habe mir erlaubt, schon früher (Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft, IV. Congress Seite 407) an der Hand eines einschlägigen Falles[1]) darauf hinzuweisen, dass die Ich-

[1]) Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf hinweisen, dass mir Jarisch (Verhandl. d. deutschen dermat. Ges. V. Congress 1896 p. 103) nicht Recht zu haben scheint, wenn er meinen Krankheitsfall vielleicht zu der Psorospermosis follicularis (Darier'sche Dermatose) zurechnen will. Ich hatte ja selbst darauf hingewiesen, wie gross klinisch die Aehnlichkeit ist und der einzige, welcher aus Berlin einen derartigen Fall beschrieben hat, Buzzi, stimmte mit mir in dieser grossen Aehnlichkeit überein. Aber es fehlten die sogenannten Psorospermien! Wenn nun Jarisch meint, dass auch diese nicht einmal mehr als typisch für das Bestehen der Darier'schen Dermatose angesehen werden, so liegt wie mir scheint überhaupt kein Grund vor an der klinischen Eigenart dieser Erkrankung festzuhalten. Es würde sich vielleicht verlohnen, alle in der Literatur niedergelegten Krankheitsfälle sogenannter Darier'scher Dermatose daraufhin zu revidiren, ob sie 1. einen einheitlichen Typus darstellen und 2. nicht vielleicht unter andere uns bereits sehr gut bekannte Kategorien von Hautkrankheiten wie z. B. die Ichthyosis unterzubringen sind. Bis dahin halte ich aber auch daran fest, dass der von mir auf dem Breslauer Congress berichtete Krankheitsfall zu den atypischen Formen der Ichthyosis gehört.

thyosis auch einmal atypisch verlaufen kann, indem sie nur an den sonst von dieser Erkrankung verschonten Stellen z. B. den Gelenkbeugen, Achselfalten etc. auftritt. Indessen sprechen ausser den schon von Mibelli und Respighi angeführten Gründen besonders der Verlauf der Porokeratose und der histologische Befund gegen ein Zusammenwerfen dieses Krankheitsbildes mit der Ichthyosis. Unter Anderen ist das Stratum granulosum bei der Porokeratosis nur sehr gering ausgebildet, während es bei den gewöhnlichen Warzen sowohl, als vor Allem bei der Ichthyosis hochgradig entwickelt ist. Selbst ein so eigenartiger Fall von Ichthyosis, wie ihn Giovannini[1]) beobachtet hat zeigt, doch wesentliche histologische Differenzen von der Porokeratosis. Allerdings fanden sich auch dort Prominenzen der Schweissporen, die Schweissdrüsengänge zeigten cystenartige Erweiterungen, während die Knäuel normal waren, es fanden sich auch zahlreiche Mitosen im Epithel der Schweissdrüsengänge, aber das wesentliche, was der Porokeratosis das charakteristische Gepräge verleiht, die von den Schweissdrüsenmündungen ausgehende excentrische Hyperkeratose, diese fehlte in der Beobachtung Giovannini's.

Viel wesentlicher aber als alle klinischen Gründe ist für die eigenartige Stellung dieser Dermatose das histologische[2])

---

[1]) Dieses Archiv Band XXVII 1894.

[2]) Bedauerlicher Weise fehlt in dem von Hallopeau (Annales de Dermatol. et de Syphil. 1895 p. 480) vorgestellten Falle von einer auf die Palmar- und Plantarflächen beschränkten und an den Schweissdrüsenmündungen localisirten Hyperkeratose die mikroskopische Untersuchung. Ohne diese ist es schwer zu sagen, ob nicht vielleicht jene Beobachtung ebenfalls mit zur Porokeratosis zu zählen wäre. Das Gleiche gilt für die schon früher von Besnier und Hallopeau mitgetheilten Beobachtungen, die bereits Mibelli in seiner ersten Arbeit kritisch erwähnt. Hallopeau glaubt zwar, seine Beobachtung unterscheide sich von der Porokeratose vor Allem durch die Localisation, da bei der letzteren Handteller und Fusssohlen freiblieben. Indessen scheint mir das kein genügendes Unterscheidungsmerkmal zu sein, da wir vielleicht bei weiteren Beobachtungen, welche aber vor Allem auch histologisch untersucht sein müssen, diese Stellen ebenfalls als Sitz der Porokeratosis kennen lernen werden. So zeigt besonders auch der neuerdings von Hutchins (l. c.) publicirte Fall die Localisation der Erkrankung ausser an anderen Stellen hauptsächlich auf den Palmarflächen der Hände. Wenn zwar an diesem

Bild. Ein dem Aehnliches ist bisher bei keiner anderen Affection beschrieben worden. Ich kann allerdings nicht ganz genau das histologische Bild, welches Mibelli so ausgezeichnet beschrieben hat und von dem auch Respighi nur in unwesentlichen Punkten abweicht, in meinen Präparaten wiederfinden. Das liegt aber vielleicht daran, dass sich meine beiden Patienten in dem Anfangsstadium ihrer Erkrankung befanden. Ich habe hier höchst wahrscheinlich auch histologisch das frühe Stadium der Affection zur Untersuchung bekommen, und insofern glaube ich, dass meine anatomische Untersuchung eine geeignete Ergänzung der von Mibelli erhobenen Befunde darstellt. Das lässt sich daraus schliessen, dass ich in den hyperkeratotischen oder vielmehr nach Unna parakeratotischen Partien noch Hornzellen mit deutlich färbbaren Kernen vorfinde. Dies prägt sich besonders deutlich in den mit Thionin gefärbten Präparaten aus. Doch kann ich hierin mit Mibelli übereinstimmen, dass es sich um eine hochgradige gerade in der Gegend der Schweissdrüsenausführungsgänge gelegene Hyperkeratose handelt, welche nicht nur die Ausführungsgänge der Knäueldrüsen, sondern auch die angrenzenden Partien in hohem Masse beeinflusst. Ob diese Hyperkeratose freilich stets von den Schweissdrüsenausführungsgängen ausgeht, wie es Mibelli will, oder die Hornsubstanz erst durch den keratotischen Process in die Knäueldrüsenausführungsgänge hineingelangt, wie Majocchi (l. c.) annimmt, wage ich nach meinen eigenen Untersuchungen nicht zu entscheiden.

Trotzdem bleibt aber noch immer die eigenthümliche Art von Hyperkeratose mit ihrem excentrischen Wachsthum und der centralen Betheiligung der Schweissdrüsen übrig, welche ich von keinem anderen ähnlichen pathologischen Objecte der Haut weder aus eigener Anschauung, noch aus der Literatur kenne. Denn weder bei meinen Studien des Lichen ruber planus (l. c.) noch bei gewöhnlichen Hautwarzen, mit welchen ja die Porokeratosis bei oberflächlicher Betrachtung noch die grösste Aehnlichkeit hat, konnte ich ein gleiches histologisches Bild

---

letzteren Falle die histologische Untersuchung leider ebenfalls fehlt, so kann man doch aus der gesammten klinischen Beschreibung wohl sagen, dass hier ein sicherer Fall von Porokeratosis vorgelegen hat.

finden. Unter anderem sind bei der Porokeratosis die Veränderungen im Corium gegenüber den Verrucae hervortretend. Den von Mibelli beschriebenen Hornpropf, welcher aus den Schweissdrüsenausführungsgängen hervorragt, konnte ich nur andeutungsweise in Taf. XIV, Fig. 4 wiederfinden. Dagegen sah ich viel häufiger das Bild, wie es in Taf. XIV, Fig. 1 und Taf. XIII, Fig. 2 und 3 abgebildet ist, nämlich den Schweissdrüsenausführungsgang von einer Hornlamelle verschlossen, während sich zu beiden Seiten hyperkeratotische Wälle erheben. Diese letzteren dehnen sich nach den Seiten hin mächtig aus (Taf. XIII, Fig. 5 und Taf. XIV, Fig. 2), während die Mitte einsinkt. Möglich dass hierbei der aus dem Schweissdrüsenporus herausragende federbuschartige Hornpfropf bereits ausgefallen ist, wie es Mibelli auch als ein zuweilen eintretendes Vorkommniss beschreibt.

Merkwürdig sind aber in meinen Präparaten die in den hyperkeratotischen Erhebungen befindlichen, lang ausgezogenen Schweissdrüsenausführungsgänge, welche theilweise sogar eine gelb verfärbte, wie es scheint hornige Masse enthalten. Meine Präparate umfassen nicht warzenförmige Bildungen, ähnlich wie sie Mibelli in einem Theile seiner Präparate (1 c) gefunden hat, wo die intraepidermidalen Abschnitte der Knäueldrüsengänge grossentheils noch durchgängig blieben, trotzdem sie in den Verhornungsprocess hineingezogen waren. Ein wesentlicher Unterschied zwischen Mibelli's Beobachtungen und meinen liegt aber in dem Verhalten der Schweissdrüsenknäuel und der Ausführungsgänge. Zur Erklärung dieser Differenzen vermuthe ich, wie schon früher gesagt, dass ich in meinen beiden Beobachtungen ein Frühstadium dieses Processes vor mir gehabt habe. Meine Patienten waren jugendliche Individuen, welche die Affection nicht so lange gehabt hatten, wie der Patient Mibelli's (Bolzani). Zu dieser Ansicht werde ich durch die Veränderung der Schweissdrüsen geführt, welche in meinen Präparaten nichts von dem nachwiesen, was Mibelli als charakteristisch beschrieben hat, und wovon ich mich auch an den Präparaten überzeugen konnte, welche Mibelli so liebenswürdig war, mir zu übersenden. Mibelli beschreibt vor allem die in der That auffälligen cystischen Erweiterungen der Schweissdrüsen, die mir von meinen Untersuchungen über

den Lichen ruber sehr bekannt waren. Solche cystischen Erweiterungen konnte ich bei meinen beiden Patienten mit Porokeratosis nicht bemerken.

Dagegen traf ich in den Schweissdrüsen eine mir höchst auffällige Erscheinung, nämlich eine grosse Menge von Karyokinesen. Im Gegensatze zu den Talgdrüsen, wo wir ja sehr häufig Kerntheilungsfiguren finden, ist es immer überraschend, aber leicht erklärlich, dass wir in den Schweissdrüsen fast nie oder nur ausnahmsweise karyokinetische Figuren constatiren können. Ich habe in einer früheren Arbeit[1]) bei meinen experimentellen Versuchen an Katzen hierauf sehr viel geachtet, aber in Uebereinstimmung mit Bizzozero und Vasale[2]) habe ich niemals daselbst, selbst nicht nach vorhergehender Pilocarpininjection Kerntheilungsfiguren finden können. Auch beim Menschen habe ich bei zahlreichen daraufhin gerichteten Untersuchungen niemals derartige Verhältnisse angetroffen. Dagegen war ich überrascht, in meinen Präparaten von Porokeratosis eine grosse Zahl von Karyokinesen zu finden, wie sie auf Taf. XIV, Fig. 6 dargestellt sind.

Ich denke mir den Vorgang unabhängig davon, ob die Hyperkeratose von den Schweissdrüsenausführungsgängen ausgeht oder nicht, so, dass nachdem die Schweissdrüsenausführungsgänge jedenfalls durch die hyperkeratotischen Massen verlegt sind, nun das Bestreben der secernirenden Theile der Schweissdrüsen hervortritt, jeden Widerstand zu überwinden. Dieser vermehrten Anspannung von Kräften, dem Verbrauch von parenchymatösen Zellen in den Schweissdrüsen, entspräche das vermehrte Auftreten von Kerntheilungsfiguren, und die hyperplastische Zunahme der Schweissdrüsen selbst,[3]) auf

---

[1]) Ueber Schweiss- und Talgdrüsensecretion. Archiv f. Anat. und Physiol. Physiol. Abth. 1891 p. 81.

[2]) Med. Centralbl. 1884 p. 77 u. 179. Virchow's Archiv 1887 p. 110.

[3]) Uebrigens will ich nicht versäumen, darauf hinzuweisen, dass nach Petersen (dieses Archiv 1893 Band XXV p. 442) die einfache Hypertrophie der Schweissdrüsen auch bei weichen Warzen, Ichthyosis, acuten und chronischen Ekzemen, sowie bei Prurigo beschrieben ist, ebenso wie Beier (dieses Archiv 1895 Band XXXI p. 337) eine hochgradige Hyperplasie der Knäueldrüsen bei einem Naevus subcutaneus (Virchow) beschreibt.

welche wir oben ebenfalls hingewiesen haben und welche wir in allen unseren Präparaten bestätigen konnten. Erst später lässt die Thätigkeit der Schweissdrüsen nach, und es findet nun eine Erweiterung der Knäuel statt, wie sie Mibelli in seinen wahrscheinlich vorgeschrittenen Stadien vor sich gehabt hat.

Auch durch die übrigen histologischen Befunde werde ich in meiner Annahme bestärkt, dass Mibelli einen viel weiter vorgeschrittenen Process vor sich gehabt hat, als ich ihn in meinen Präparaten finden konnte. Bestätigen kann ich, dass der Process mit einer starken Wucherung des Rete Malpighii beginnt. Es handelt sich hier also um keine reine Hyperkeratose, sondern es geht ihr eine Hyperakanthose voran. Aber es fehlt in meinen Präparaten im Gegensatz zu Mibelli der Stillstand der Wucherung des Rete Malpighi und das Weichen der Zellen der Stachelschicht gegenüber den sich in die Zapfen einsenkenden Hornzellen. Auch verfallen sie nicht, wie Mibelli sah, bereits in den untersten Schichten einem frühzeitigen Verhornungsprocesse, im Gegentheil, die Zellen mit gut färbbaren Kernen lassen sich sehr weit bis in die oberen Schichten der warzenförmigen Bildungen hineinverfolgen. In meinen Präparaten sah man fast überall nur eine starke Hypertrophie des Rete Malpighii, aber noch keine Atrophie desselben. Dieses fasse ich als Zeichen der Frühstadien des Processes auf, und auch Mibelli sah einzelne solche Stellen, wo das Rete Malpighii zahlreiche, zum Theil sehr lange und verästelte Fortsätze aussandte und deutlich gewuchert war. Dagegen sah ich das folgende von Mibelli beschriebene Stadium, in welchem diese Wucherung stille gestanden und darauf das Rete in seiner Gesammtheit in Folge der Compression durch die daraufgelagerte Hornschichte atrophisch geworden war, nur an äusserst wenigen Stellen. Ebenso sah ich zwar an vielen Stellen stark in die Länge und Breite gewucherte Fortsätze des Rete, welche von einem Schweissdrüsengang durchzogen waren, aber es kam noch nicht dazu, wie es Mibelli beschreibt, dass die hypertrophische Schicht bis auf die tiefsten Partien herunterstieg.

Schliesslich kann ich auch nach meinen Untersuchungen nicht mit Mibelli übereinstimmen, dass bei diesem Krank-

heitsvorgange die Haarfollikel zu Grunde gehen. Im Gegentheil muss ich hierin Respighi vollkommen Recht geben, dass an einigen Stellen die Haarfollikel ebenfalls an dem hyperkeratotischen Processe betheiligt sind. Es geht dies am besten aus Taf. XIII, Fig. 2 und 6 hervor. Indess stellt dieser Vorgang nur die Ausnahme dar, in der Regel geht der krankhafte Process von dem Schweissdrüsenausführungsgang aus.

Auf den Einwand, als ob die hier beschriebene Hyperkeratose nichts Eigenartiges bedeute, sondern bei vielen anderen Krankheiten, wenn auch vielleicht in vermindertem Masse vorkomme, brauche ich hier nicht einzugehen. Mibelli hat eingehend und überzeugend nachgewiesen, dass man zwar auch mitunter bei anderen Dermatosen ausnahmsweise einmal einen Hornkegel aus den Knäueldrüsencanälen hervorgehen sieht. Aber dieses findet dabei doch nur immer ausnahmsweise statt, und ausserdem kann das klinische Bild jener Krankheiten zu keiner Verwechslung mit der Porokeratosis Veranlassung geben. Man findet zwar auch beim Lichen ruber mitunter Anhäufungen von Hornschicht an den Schweissdrüsenausführungsgängen. Auch Mourek weist in seiner Arbeit über Pityriasis rubra pilaris auf Seite 88 darauf hin, dass er Anhäufungen mächtiger Hornschichten über den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen gefunden habe, aber das ganze anatomische Bild ist doch bei der Porokeratosis ein anderes als beim Lichen ruber etc. Es bleibt also die Specifität der hier beschriebenen Hyperkeratose an den Schweissdrüsenporen bestehen, und Mibelli gebührt das Verdienst, die Selbstständigkeit und Eigenart dieser Affection als Erster erkannt und genauer beschrieben zu haben. Ich halte es auch für richtig, den kurzen und prägnanten Namen, welchen Mibelli dieser Affection gegeben hat, Porokeratosis, beizubehalten, wenn er auch nicht alle klinischen und histologischen Charaktere dieser Erkrankung umfasst. Ich sehe aber keinen Vortheil davon, wenn wir Respighi[1]) folgend, statt dessen die Bezeichnung Hyperkeratosis oder Keratodermia excentrica einführen wollten. Die kleinen Unterschiede, welche Respighi

[1]) Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle 1895. I. Ref. in Mon. f. prakt. Dermat. 1895 Bd. XXI p. 499.

in diesem letztbeobachteten Falle gegenüber seinen früheren fand, sind vielleicht ähnlich, wie ich es schon oben in meinen beiden Beobachtungen ausführte, auf die verschiedenen Stadien desselben Processes zurückzuführen.

Auf die Theorie Mibelli's von einer rein functionellen Störung der Schweissdrüsenporen, d. h. einer Störung der Schweisssecretion, welche in abnormer Weise wirkend eine Hyperkeratose erzeugen würde, wollen wir nicht eingehen, da sie nichts weiter als eine Hypothese zu sein beansprucht. Wie dem auch sein mag, meine Arbeit soll nur einen kleinen Beitrag zu den thatsächlichen Befunden bei dieser, wie es scheint, seltenen und interessanten Dermatose geben. Haben sich derartige Angaben gemehrt, dann ist es Zeit, sich an eine Hypothese heranzuwagen. An der Eigenartigkeit des klinischen Processes kann meiner Ansicht nach kein Zweifel bestehen, trotzdem noch nicht volle Uebereinstimmung über den ursächlichen Vorgang der Hyperkeratose und die Betheiligung der Schweissdrüsen besteht. Aufgabe weiterer Untersuchungen wird es nun sein, die fehlenden Theile in diesem Bilde zu ergänzen.

Was die Therapie betrifft, so will ich schliesslich noch hinzufügen, dass mir alle bisher angewandten Mittel kein definitives Resultat gaben. Weder die Salicylsäure noch eine Reihe anderer keratolytischer Mittel erwiesen sich als dauernd erfolgreich. Bei kleinen umschriebenen Stellen trat nach der Excision der erkrankten Stellen kein Recidiv ein.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XIII u. XIV.

Taf. XIII. Fig. 1. Die rechte Hand des zweiten Patienten. Fig. 2 bis Fig. 6. Tubus eingeschoben. Vergröss. etwa 1/40. Erklärung der Figuren 2—6 aus dem Texte ersichtlich.

Taf. XIV. Fig. 1. Vergröss. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. *a* Hypertrophische Hornschicht mit färbbaren Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrüsen-Ausführungsgang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit Verbreiterung der interpapillaren Zapfen, bei *s* ein Schweissdrüsengang. *c* Cutis mit Gefässen und kleinzelliger Infiltration.

Fig. 2. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *a* Hypertrophische Hornschicht, die Färbbarkeit der Kerne erhalten. s_1 Schweissdrüsen-Ausführungsgang mit verhornter gelblich gefärbter Wandung. *b* Rete Malpighii. *c* Cutis mit Infiltrat. *t* Talgdrüsen.

Fig. 3. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. Partie von mehr verrucösem Charakter. *a* Hypertrophische Hornschicht mit Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrüsengang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit verbreiterten und stark verlängerten interpapillären Zapfen. *f* Haarfollikel. *p* Stark verlängerte Cutispapillen. *cp* Langgestreckte Capillaren. *i* Dichtes kleinzelliges Infiltrat der subpapillaren Cutisschicht. *s* Schweissdrüsengang zu s_1 gehörig.

Fig. 4. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. Bei s_1 Mündung einer Schweissdrüse mit herausragenden, gelblich gefärbten Hornmassen.

Fig. 5. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *s* Ausführungsgang s_1 Drüsenknäuel. *fg* Fettgewebe. *mz* Mastzellen.

Fig. 6. Schweissdrüsen mit Kerntheilungen der Epithelien. *k*. Färbung nach Gram. Vergröss. 330/1.

Ein seltener Fall regionärer Atheromcystenbildung (Molluscum atheromatosum Kaposi) an der Scrotalhaut.

Von

Dr. **Nicolaus Ostermayer** in Budapest.

Vom Titel verleitet, könnte in so manchem Leser der Glaube erweckt werden, dass ich in dieser Mittheilung höchstwahrscheinlich einen Fall von Molluscum contagiosum Bateman (Molluscum sebaceum Hebra, Epithelioma molluscum Virchow, Acne varioliformis Bazin etc.), eine ziemlich häufige Hautaffection beschreiben will, bei welcher es sich meist um ein gruppenweises, regionäres Auftreten von warzigen, stecknadelkopf- bis erbsengrossen, flachkugeligen, constant mit einer Delle versehenen, weisslich durchschimmernden Bildungen der Haut des Scrotum, Penis, der grossen Labien, des Mons veneris und Gesichtshaut, seltener des Halses, des Stammes und der Extremitäten handelt. Diese letzteren sind zwar, gleich den Atheromcysten, Retentionsgeschwülste der Talgdrüsen, zeigen jedoch in formeller Beziehung Unterschiede gegenüber den Atheromen, weshalb auch Kaposi[1]) zum Zweck klinischer Differenzirung die ersteren, die warzenförmigen Bildungen als Molluscum verrucosum, die letzteren cystenartigen, Molluscum atheromatosum benannt wissen will. Um dieser eventuell vorausgefassten unrichtigen Meinung keinen weiteren Spielraum zu geben, muss ich betonen, dass sich meine Beobachtung auf einen Fall bezieht, in welchem die ganze Scrotalhaut von typischen Atheromcysten, von Follikelcysten der Haarbalgdrüsen, also Molluscum atheromatosum nach Kaposi in grosser Zahl und verschiedener Grösse besetzt war, was jedenfalls zu den grösseren Seltenheiten gehört, warum ich den Fall auch mittheilenswerth halte und ihn hiemit der Oeffentlichkeit übergebe.

Zoltán D., 31jähriger lediger Telegraphenbeamter wurde am 3. Oct. 1893 auf die chirurg. Abtheilung des allg. Krankenhauses St. Johann in Budapest aufgenommen. Der Kranke gibt an, schon seit circa 6 Jahren an Geschwulstbildungen am Hodensack zu leiden. Beschwerden irgend-

[1]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1887.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XIII u. XIV.

Taf. XIII. Fig. 1. Die rechte Hand des zweiten Patienten. Fig. 2 bis Fig. 6. Tubus eingeschoben. Vergross. etwa 1/40. Erklärung der Figuren 2- 6 aus dem Texte ersichtlich.

Taf. XIV. Fig. 1. Vergröss. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. *a* Hypertrophische Hornschicht mit färbbaren Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrusen-Ausfuhrungsgang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit Verbreiterung der interpapillaren Zapfen, bei *s* ein Schweissdrüsengang. *c* Cutis mit Gefässen und kleinzelliger Infiltration.

Fig. 2. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *a* Hypertrophische Hornschicht, die Färbbarkeit der Kerne erhalten. s_1 Schweissdrüsen-Ausführungsgang mit verhornter gelblich gefarbter Wandung. *b* Rete Malpighii *c* Cutis mit Infiltrat. *t* Talgdrüsen.

Fig. 3. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. Partie von mehr verrucosem Charakter. *a* Hypertrophische Hornschicht mit Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrusengang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit verbreiterten und stark verlängerten interpapillären Zapfen. *f* Haarfollikel. *p* Stark verlängerte Cutispapillen. *cp* Langgestreckte Capillaren. *i* Dichtes kleinzelliges Infiltrat der subpapillären Cutisschicht. *s* Schweissdrusengang zu s_1 gehörig.

Fig. 4. Vergr 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. Bei s_1 Mundung einer Schweissdrüse mit herausragenden, gelblich gefärbten Hornmassen.

Fig. 5. Vergr. 36/1. Farbung mit Thionin. *s* Ausführungsgang s_1 Drusenknauel. *fg* Fettgewebe. *mz* Mastzellen.

Fig. 6. Schweissdrusen mit Kerntheilungen der Epithelien. *k*, Farbung nach Gram. Vergross. 330/1.

Ein seltener Fall regionärer Atheromcystenbildung (Molluscum atheromatosum Kaposi) an der Scrotalhaut.

Von

Dr. **Nicolaus Ostermayer** in Budapest.

Vom Titel verleitet, könnte in so manchem Leser der Glaube erweckt werden, dass ich in dieser Mittheilung höchstwahrscheinlich einen Fall von Molluscum contagiosum Bateman (Molluscum sebaceum Hebra, Epithelioma molluscum Virchow, Acne varioliformis Bazin etc.), eine ziemlich häufige Hautaffection beschreiben will, bei welcher es sich meist um ein gruppenweises, regionäres Auftreten von warzigen, stecknadelkopf- bis erbsengrossen, flachkugeligen, constant mit einer Delle versehenen, weisslich durchschimmernden Bildungen der Haut des Scrotum, Penis, der grossen Labien, des Mons veneris und Gesichtshaut, seltener des Halses, des Stammes und der Extremitäten handelt. Diese letzteren sind zwar, gleich den Atheromcysten, Retentionsgeschwülste der Talgdrüsen, zeigen jedoch in formeller Beziehung Unterschiede gegenüber den Atheromen, weshalb auch Kaposi [1]) zum Zweck klinischer Differenzirung die ersteren, die warzenförmigen Bildungen als Molluscum verrucosum, die letzteren cystenartigen, Molluscum atheromatosum benannt wissen will. Um dieser eventuell vorausgefassten unrichtigen Meinung keinen weiteren Spielraum zu geben, muss ich betonen, dass sich meine Beobachtung auf einen Fall bezieht, in welchem die ganze Scrotalhaut von typischen Atheromcysten, von Follikelcysten der Haarbalgdrüsen, also Molluscum atheromatosum nach Kaposi in grosser Zahl und verschiedener Grösse besetzt war, was jedenfalls zu den grösseren Seltenheiten gehört, warum ich den Fall auch mittheilenswerth halte und ihn hiemit der Oeffentlichkeit übergebe.

Zoltán D., 31jähriger lediger Telegraphenbeamter wurde am 3. Oct. 1893 auf die chirurg. Abtheilung des allg. Krankenhauses St. Johann in Budapest aufgenommen. Der Kranke gibt an, schon seit circa 6 Jahren an Geschwulstbildungen am Hodensack zu leiden. Beschwerden irgend-

[1]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1887.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XIII u. XIV.

Taf. XIII. Fig. 1. Die rechte Hand des zweiten Patienten. Fig 2 bis Fig. 6. Tubus eingeschoben. Vergross. etwa 1/40. Erklärung der Figuren 2–6 aus dem Texte ersichtlich.

Taf. XIV. Fig. 1. Vergross. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. *a* Hypertrophische Hornschicht mit färbbaren Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrüsen-Ausführungsgang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit Verbreiterung der interpapillaren Zapfen, bei *s* ein Schweissdrüsengang. *c* Cutis mit Gefässen und kleinzelliger Infiltration.

Fig. 2. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *a* Hypertrophische Hornschicht, die Färbbarkeit der Kerne erhalten. s_1 Schweissdrüsen-Ausführungsgang mit verhornter gelblich gefärbter Wandung. *b* Rete Malpighii *c* Cutis mit Infiltrat. *t* Talgdrüsen.

Fig. 3. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. Partie von mehr verrucosem Charakter. *a* Hypertrophische Hornschicht mit Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrüsengang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit verbreiterten und stark verlängerten interpapillären Zapfen. *f* Haarfollikel. *p* Stark verlängerte Cutispapillen. *cp* Langgestreckte Capillaren. *i* Dichtes kleinzelliges Infiltrat der subpapillären Cutisschicht. *s* Schweissdrüsengang zu s_1 gehörig.

Fig. 4. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. Bei s_1 Mündung einer Schweissdrüse mit herausragenden, gelblich gefärbten Hornmassen.

Fig. 5. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *s* Ausführungsgang. s_1 Drüsenknäuel. *fg* Fettgewebe. *m* Mastzellen.

Fig. 6. Schweissdrüsen mit Kerntheilungen der Epithelien. *k*. Färbung nach Gram. Vergross. 330/1.

Ein seltener Fall regionärer Atheromcystenbildung (Molluscum atheromatosum Kaposi) an der Scrotalhaut.

Von

Dr. **Nicolaus Ostermayer** in Budapest.

Vom Titel verleitet, könnte in so manchem Leser der Glaube erweckt werden, dass ich in dieser Mittheilung höchstwahrscheinlich einen Fall von Molluscum contagiosum Bateman (Molluscum sebaceum Hebra, Epithelioma molluscum Virchow, Acne varioliformis Bazin etc.), eine ziemlich häufige Hautaffection beschreiben will, bei welcher es sich meist um ein gruppenweises, regionäres Auftreten von warzigen, stecknadelkopf- bis erbsengrossen, flachkugeligen, constant mit einer Delle versehenen, weisslich durchschimmernden Bildungen der Haut des Scrotum, Penis, der grossen Labien, des Mons veneris und Gesichtshaut, seltener des Halses, des Stammes und der Extremitäten handelt. Diese letzteren sind zwar, gleich den Atheromcysten, Retentionsgeschwülste der Talgdrüsen, zeigen jedoch in formeller Beziehung Unterschiede gegenüber den Atheromen, weshalb auch Kaposi [1]) zum Zweck klinischer Differenzirung die ersteren, die warzenförmigen Bildungen als Molluscum verrucosum, die letzteren cystenartigen, Molluscum atheromatosum benannt wissen will. Um dieser eventuell vorausgefassten unrichtigen Meinung keinen weiteren Spielraum zu geben, muss ich betonen, dass sich meine Beobachtung auf einen Fall bezieht, in welchem die ganze Scrotalhaut von typischen Atheromcysten, von Follikelcysten der Haarbalgdrüsen, also Molluscum atheromatosum nach Kaposi in grosser Zahl und verschiedener Grösse besetzt war, was jedenfalls zu den grösseren Seltenheiten gehört, warum ich den Fall auch mittheilenswerth halte und ihn hiemit der Oeffentlichkeit übergebe.

Zoltán D., 31jähriger lediger Telegraphenbeamter wurde am 3. Oct. 1893 auf die chirurg. Abtheilung des allg. Krankenhauses St. Johann in Budapest aufgenommen. Der Kranke gibt an, schon seit circa 6 Jahren an Geschwulstbildungen am Hodensack zu leiden. Beschwerden irgend-

[1]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1887.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XIII u. XIV.

Taf. XIII. Fig. 1. Die rechte Hand des zweiten Patienten. Fig. 2 bis Fig. 6. Tubus eingeschoben. Vergröss. etwa 1/40. Erklärung der Figuren 2—6 aus dem Texte ersichtlich.

Taf. XIV. Fig. 1. Vergröss. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. *a* Hypertrophische Hornschicht mit färbbaren Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrüsen-Ausfuhrungsgang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit Verbreiterung der interpapillären Zapfen, bei *s* ein Schweissdrüsengang. *c* Cutis mit Gefässen und kleinzelliger Infiltration.

Fig. 2. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *a* Hypertrophische Hornschicht, die Färbbarkeit der Kerne erhalten. s_1 Schweissdrüsen-Ausführungsgang mit verhornter gelblich gefärbter Wandung. *b* Rete Malpighii. *c* Cutis mit Infiltrat. *t* Talgdrüsen.

Fig. 3. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. Partie von mehr verrucösem Charakter. *a* Hypertrophische Hornschicht mit Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrüsengang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit verbreiterten und stark verlängerten interpapillären Zapfen. *f* Haarfollikel. *p* Stark verlängerte Cutispapillen. *cp* Langgestreckte Capillaren. *i* Dichtes kleinzelliges Infiltrat der subpapillären Cutisschicht. *s* Schweissdrüsengang zu s_1 gehörig.

Fig. 4. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. Bei s_1 Mündung einer Schweissdrüse mit herausragenden, gelblich gefärbten Hornmassen.

Fig. 5. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *s* Ausführungsgang. s_1 Drusenknäuel. *fg* Fettgewebe. *mz* Mastzellen.

Fig. 6. Schweissdrüsen mit Kerntheilungen der Epithelien. *k*, Färbung nach Gram. Vergröss. 330/1.

Ein seltener Fall regionärer Atheromcystenbildung (Molluscum atheromatosum Kaposi) an der Scrotalhaut.

Von

Dr. **Nicolaus Ostermayer** in Budapest.

Vom Titel verleitet, könnte in so manchem Leser der Glaube erweckt werden, dass ich in dieser Mittheilung höchstwahrscheinlich einen Fall von Molluscum contagiosum Bateman (Molluscum sebaceum Hebra, Epithelioma molluscum Virchow, Acne varioliformis Bazin etc.), eine ziemlich häufige Hautaffection beschreiben will, bei welcher es sich meist um ein gruppenweises, regionäres Auftreten von warzigen, stecknadelkopf- bis erbsengrossen, flachkugeligen, constant mit einer Delle versehenen, weisslich durchschimmernden Bildungen der Haut des Scrotum, Penis, der grossen Labien, des Mons veneris und Gesichtshaut, seltener des Halses, des Stammes und der Extremitäten handelt. Diese letzteren sind zwar, gleich den Atheromcysten, Retentionsgeschwülste der Talgdrüsen, zeigen jedoch in formeller Beziehung Unterschiede gegenüber den Atheromen, weshalb auch Kaposi [1]) zum Zweck klinischer Differenzirung die ersteren, die warzenförmigen Bildungen als Molluscum verrucosum, die letzteren cystenartigen, Molluscum atheromatosum benannt wissen will. Um dieser eventuell vorausgefassten unrichtigen Meinung keinen weiteren Spielraum zu geben, muss ich betonen, dass sich meine Beobachtung auf einen Fall bezieht, in welchem die ganze Scrotalhaut von typischen Atheromcysten, von Follikelcysten der Haarbalgdrüsen, also Molluscum atheromatosum nach Kaposi in grosser Zahl und verschiedener Grösse besetzt war, was jedenfalls zu den grösseren Seltenheiten gehört, warum ich den Fall auch mittheilenswerth halte und ihn hiemit der Oeffentlichkeit übergebe.

Zoltán D., 31jähriger lediger Telegraphenbeamter wurde am 3. Oct. 1893 auf die chirurg. Abtheilung des allg. Krankenhauses St. Johann in Budapest aufgenommen. Der Kranke gibt an, schon seit circa 6 Jahren an Geschwulstbildungen am Hodensack zu leiden. Beschwerden irgend-

[1]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1887.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XIII u. XIV.

Taf. XIII. Fig. 1. Die rechte Hand des zweiten Patienten. Fig. 2 bis Fig. 6. Tubus eingeschoben. Vergröss. etwa 1/40. Erklärung der Figuren 2- 6 aus dem Texte ersichtlich.

Taf. XIV. Fig. 1. Vergröss. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. *a* Hypertrophische Hornschicht mit farbbaren Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrusen-Ausfuhrungsgang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit Verbreiterung der interpapillaren Zapfen, bei *s* ein Schweissdrüsengang. *c* Cutis mit Gefässen und kleinzelliger Infiltration.

Fig. 2. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *a* Hypertrophische Hornschicht, die Färbbarkeit der Kerne erhalten. s_1 Schweissdrüsen-Ausführungsgang mit verhornter gelblich gefarbter Wandung. *b* Rete Malpighii. *c* Cutis mit Infiltrat. *t* Talgdrüsen.

Fig. 3. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. Partie von mehr verrucösem Charakter. *a* Hypertrophische Hornschicht mit Kernen, bei s_1 von einem Schweissdrüsengang durchsetzt. *b* Rete Malpighii mit verbreiterten und stark verlängerten interpapillären Zapfen. *f* Haarfollikel. *p* Stark verlängerte Cutispapillen. *cp* Langgestreckte Capillaren. *i* Dichtes kleinzelliges Infiltrat der subpapillären Cutisschicht. *s* Schweissdrüsengang zu s_1 gehörig.

Fig. 4. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin-Eosin. Bei s_1 Mündung einer Schweissdrüse mit herausragenden, gelblich gefärbten Hornmassen.

Fig. 5. Vergr. 36/1. Färbung mit Thionin. *s* Ausführungsgang s_1 Drüsenknäuel. *fg* Fettgewebe. *mz* Mastzellen.

Fig. 6. Schweissdrüsen mit Kerntheilungen der Epithelien. *k*. Farbung nach Gram. Vergröss. 330/1.

Ein seltener Fall regionärer Atheromcystenbildung (Molluscum atheromatosum Kaposi) an der Scrotalhaut.

Von

Dr. **Nicolaus Ostermayer** in Budapest.

Vom Titel verleitet, könnte in so manchem Leser der Glaube erweckt werden, dass ich in dieser Mittheilung höchstwahrscheinlich einen Fall von Molluscum contagiosum Bateman (Molluscum sebaceum Hebra, Epithelioma molluscum Virchow, Acne varioliformis Bazin etc.), eine ziemlich häufige Hautaffection beschreiben will, bei welcher es sich meist um ein gruppenweises, regionäres Auftreten von warzigen, stecknadelkopf- bis erbsengrossen, flachkugeligen, constant mit einer Delle versehenen, weisslich durchschimmernden Bildungen der Haut des Scrotum, Penis, der grossen Labien, des Mons veneris und Gesichtshaut, seltener des Halses, des Stammes und der Extremitäten handelt. Diese letzteren sind zwar, gleich den Atheromcysten, Retentionsgeschwülste der Talgdrüsen, zeigen jedoch in formeller Beziehung Unterschiede gegenüber den Atheromen, weshalb auch Kaposi [1]) zum Zweck klinischer Differenzirung die ersteren, die warzenförmigen Bildungen als Molluscum verrucosum, die letzteren cystenartigen, Molluscum atheromatosum benannt wissen will. Um dieser eventuell vorausgefassten unrichtigen Meinung keinen weiteren Spielraum zu geben, muss ich betonen, dass sich meine Beobachtung auf einen Fall bezieht, in welchem die ganze Scrotalhaut von typischen Atheromcysten, von Follikelcysten der Haarbalgdrüsen, also Molluscum atheromatosum nach Kaposi in grosser Zahl und verschiedener Grösse besetzt war, was jedenfalls zu den grösseren Seltenheiten gehört, warum ich den Fall auch mittheilenswerth halte und ihn hiemit der Oeffentlichkeit übergebe.

Zoltán D., 31jähriger lediger Telegraphenbeamter wurde am 3. Oct. 1893 auf die chirurg. Abtheilung des allg. Krankenhauses St. Johann in Budapest aufgenommen. Der Kranke gibt an, schon seit circa 6 Jahren an Geschwulstbildungen am Hodensack zu leiden. Beschwerden irgend-

[1]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1887.

welcher Art haben ihm jene nicht verursacht. Die Scrotalhaut war früher immer gesund; weder entzündliche noch andere Erkrankungen derselben sind vorausgegangen. Vor 4 Jahren wurde er derentwegen in einem Militärspitale antisyphilitisch behandelt, weil man sie für syphilitische Neubildungen hielt, trotzdem Kranker angeblich nie venerisch inficirt war.

Stat. praesens: Die gesammte Hodensackhaut von zahlreichen, dicht wie die Beeren einer Traube angeordneten, von haselnuss- bis stecknadelkopfgrossen, kugligen, weisslichgelb, fettartig durchschimmernden, derb elastisch sich anfühlenden Geschwülsten vorgebuchtet. Der Anblick war ein so fremdartiger, so eigenthümlicher, dass ich es noch heute bedauere, das Object nicht abbilden gelassen zu haben. Die schon an und für sich dünne Scrotalhaut war über den Geschwülsten äusserst verdünnt, gespannt und so durchsichtig, dass die gelbe Farbe des Inhalts der cystösen Neubildungen ganz saturirt hervorstach. Die grössten Geschwülste sassen an der Vorder- und Unterseite beiläufig in parallelen Linien neben der Raphe beiderseitig angeordnet. An den Seitenflächen und in der Nähe der Crena ani nimmt die Grösse der Geschwülste stufenweise ab.

Um der dringenden Bitte des Kranken — die Geschwülste zu beseitigen — nachzukommen, wurde folgendes Verfahren eingeleitet: In Chloroformnarkose wird am 6. October 1893 zunächst zu beiden Seiten der Raphe scroti beiläufig in der Mitte der Hodensackhälften je ein von oben vorn nach unten hinten das Scrotum umkreisender Schnitt vorsichtig angelegt und von diesen aus die Auslösung der grössten und grösseren Geschwülste bewerkstelligt. Wegen der Dünnheit des Balges bersten einige, entleeren ihren breiigen Inhalt, wonach der Balg auspräparirt, ausgeschält wird. Einige grössere, die ausser dem Bereiche des Schnittes liegend von diesen aus nicht erreicht werden konnten, werden mittelst separat angelegter Schnitte blossgelegt und enucleirt. Die hanfkorngrossen und noch kleineren Knötchen werden mit dem glühenden Spitzbrenner des Paquelin'schen Thermocauter zerstört, damit ein weiteres Wachsen, eine Zunahme der Geschwülste verhindert wird und eine Recidive nicht eintritt. Zum Schluss werden die zwei langen Schnitte genäht und ein Jodoformgazewattaverband angelegt.

Die Heilung verlief anstandslos, so dass der Kranke am 21. Oct. vollkommen geheilt entlassen werden konnte. Nach einem Monate stellte er sich vor und fand ich schon zu dieser Zeit einige hirsekorngrosse, weissliche, neuentstandene Knötchen. Sie wurden so wie bei der ersten Gelegenheit mit dem Paquelin zerstört.

Die anatomische Untersuchung der exstirpirten Tumoren ergab eine vollkommene Identität dieser mit den gewöhnlichen Atheromcysten, sowohl bezüglich der Structur des Balges als auch des Charakters des Inhalts.

Durch Zufall bekam ich den Kranken Mitte März 1897 zu Gesicht, wobei die Untersuchung des Scrotums wohl weissliche Narben, jedoch keine Recidive aufwies.

Ueber die Behandlung des Lupus vulg. mit besond. Berücksichtigung der Thiersch'schen Transplantationsmethode.[1]

Von

Dr. **J. Fabry** in Dortmund.

Die folgenden Zeilen sollen eine Fortsetzung sein des in der Festschrift des Arnsberger Vereins veröffentlichten Aufsatzes über die tuberculösen Erkrankungen der Haut.[2]) Dort konnte die Behandlung nur kurz gestreift werden und wurde in erster Linie Werth darauf gelegt, an der Hand eigenen Beobachtungsmaterials die Hauptformen der Hauttuberculose zu besprechen, deren strenge Scheidung vorwiegend durch die Arbeiten von Friedländer, Koch, Doutrelepont, Leloir, Chiari, Riehl, Lang u. A. nicht mehr anzufechtende Thatsachen geworden sind.

Ein Blick in die modernen Lehrbücher lehrt uns denn auch, dass die Trennung der Hauttuberculose in die drei wesentlichsten Repräsentanten: Lupus, Scrofuloderma und Tuberculose der Haut im engeren Sinne resp. tuberculöses Geschwür heute allgemein anerkannt ist als eine in dem pathologisch-anatomischen wie klinischen Befund hinreichend sich begründende wissenschaftliche Wahrheit.

---

[1]) Nach einem im Verein der Aerzte des Regierungsbezirks Arnsberg gehaltenen Vortrage.

[2]) Fabry. Ueber die tuberculösen Affectionen der Haut. Festschr. des ärztl. Vereines des Reg.-Bez. Arnsberg. 1893.

Auch hier hat sich einmal wieder das gezeigt, was in allen Zweigen der Wissenschaft Erfahrung ist, dass anerkannte Wahrheiten jedem so einfach und plausibel erscheinen, dass man schon kurze Zeit nachher nicht mehr verstehen kann, wie die Ansichten hierüber so sehr getheilt waren; und doch sollte noch vor nicht vielen Jahren der Lupus überhaupt kein Anrecht darauf haben, als Tuberculose der Haut mitgezählt zu werden.

In meiner bereits citirten Arbeit war die Literatur über die Tuberculose der Haut im Allgemeinen und den Lupus im Speciellen zusammengestellt vom Jahre 1869 bis zum Jahre 1889 (es lag ursprünglich in unserer Absicht, in dieser Publication die Literatur bis zum Jahre 1895 nachzutragen, jedoch fanden wir diese schön übersichtlich zusammengestellt bei von Winiwarter, chirurgische Erkrankungen der Haut und des Zellgewebes, ferner bei Leloir, Traité pratique, theorique et therapeutique de la Scrofulotuberculose. Paris 1892); diesen Zeitraum muss ja auch derjenige eingehender würdigen, der es unternimmt, über Lupusbehandlung zu schreiben.

Zuvor sei nun ein kleiner Excurs gestattet in frühere Zeiten; dieser kann natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen; dazu stehen mir weder Zeit noch Mittel zur Verfügung.

Es ist ja bekannt, dass die Bezeichnung Lupus von Willan und Bateman herrührt; die Erkrankung ist natürlich viel älter; erwähnt doch schon Hippokrates fressende Flechten, ebenso Celsus und die Uebersetzer der arabischen Schriften; aber wer leistet uns Gewähr dafür, dass nicht alle möglichen ulcerösen Processe, seien dieselben Folgen von Lepra, Lues oder Carcinom confundirt wurden?

Bateman (1835) kann kein Arzneimittel nennen, welches von irgend einem wesentlichen Nutzen bei der Heilung gewesen wäre; er führt an Messer und Kaustik, Argentum nitricum, Calomel mit Arsenpulver und Arsen innerlich.

Aehnlich Alibert (1838), der neben einer übergrossen Schaar von internen Mitteln doch die äusseren Mittel bevorzugt; es wird ebenfalls Argentum nitricum empfohlen nach vorheriger Reinigung der Geschwüre. Wenn der Schorf sich abgestossen hat, abermalige Application

[1]) Batemann. Prakt. Darstellung der Hautkrankh. 1835.

[2]) Alibert. Nosologie naturelle ou les malad. du corps humain. 1838.

von Höllenstein und so fort; es ist keine Frage, dass mit Höllensteinbehandlung einzelne Fälle, die von Natur günstig im Verlauf, vielleicht geheilt, viele wohl gebessert wurden. Die Chirurgen empfehlen nach diesem Autor Linimentum volatile, l'esprit de rosmarin, er empfiehlt warm die „Pommade stibiée des Allemands" und spricht bei Anwendung dieses Mittels von einem Exanthême arteficiel, das eine heilwirkende Entzündung verursacht. Endlich werden empfohlen Luftveränderung, Seebäder und Douchen, wohl ut aliquid fiat. Interesse hat immerhin der Hinweis, dass künstlich eine Entzündung durch Anwendung einer Aetzpaste herbeigeführt wird, durch deren Schwinden der krankhafte Process mit beeinflusst wird; es ist das ja das Prinzip der Heilwirkung aller Aetzmittel.

Bei Cazenave und Schedel[1]) (1839) finden wir schon eine Eintheilung in oberflächlich zerstörenden Lupus, in tief zerstörenden Lupus und in Lupus mit Hypertrophie, eine Eintheilung, die im Grossen und Ganzen auch heute noch zu Rechte besteht. Zur allgemeinen resp. internen Behandlung wird Kalkwasser, Eisen und Schwefeleisen empfohlen; örtlich wenden dieselben an zur Verheilung nicht exulcurirter Fälle Quecksilber und Jodpräparate. „Sollte dabei ein Erythem oder gar ein Erysipel entstehen, so kann das nur heilsam sein." Also auch hier wieder die Idee von der künstlich hervorgerufenen Entzündung, die heilwirkend sein soll. Als Kaustica dienen: Höllenstein, Kalium causticum, Butyrum Antimonii, Arsenikteich des frère Côme, also die allbekannten Aetzmittel; noch bis in unsere Zeit werden manche davon zuweilen von Fuschern als Geheim- und Wundermittel verwendet.

Rayer (1839)[2]) theilt den Lupus ein in L. exedens und Lupus non exedens; hier wird der Anwendung des Glüheisens insofern Erwähnung gethan, als gesagt wird, dieselbe sei wieder ausser Gebrauch gekommen; eine so schmerzhafte Behandlung konnte ja auch erst unter Unterstützung der Narcose festen Fuss fassen, wie das ja in den späteren Jahrzehnten und besonders nach Erfindung des Paquelin'schen Benzin Platinabrenners in der That der Fall war. Rayer gibt ein ganz neues Princip der Behandlung; er habe, um den lupösen Process einzudämmen, ringsum Einschnitte gemacht oder kauterisirt, um so eine Narbenbildung herbeizuführen, die der Lupus nicht überschreiten sollte; leider musste Rayer selbst schon einsehen, dass diese Methode der Behandlung jenen gewünschten Erfolg nicht hatte.

Bei Fuchs[3]) (1840) ist die Eintheilung der Lupusformen folgende:

---

[1]) Cazenave und Schedel. Praktische Darstellung der Hautkrankheiten. 1839.

[2]) Rayer. Theoretische und praktische Darstellung der Hautkrankheiten. Deutsche Uebersetzung Stammins. 1839.

[3]) Fuchs. Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. 1840.

1. Lupus exedens (eine Varietät ist der L. exedens sine tuberculis; hier finden wir zuerst die Bezeichnung Lupusknötchen).

2. Lupus excorticans oder der schuppige Hautwolf, was wohl unserem Lupus exfoliatious und serpiginosus entsprochen haben mag.

3. Lupus tumidus; wir vermuthen hierbei den Lupus mit chronisch ödematöser Schwellung.

4. Lupus exuberans (Framboesia sen sycosis scrofulosa: unzweifelhaft der Lupus papillaris oder hypertrophicus, dessen Bezeichnung als Framboesia klinisch gewiss zutreffend ist).

Von diesem Autor werden im Allgemeinen dieselben interna und externa empfohlen; besonders wird der Anwendung der Jodpräparate das Wort geredet: Jodtinctur, Jodsalbe, Jodwasser.

Von späteren sei Anderson[1]) (1863) angeführt, der die ev. diagnostische Schwierigkeit zwischen Lupus und Eczema hervorhebt und darauf aufmerksam macht, dass Lupus sehr oft mit Drüsen- und Knochenscrophulose combinirt ist; man brauchte nur für Scrophulose Tuberculose zu substituiren und würde glauben können, ganz moderne Lehren zu hören. Eine sehr erschöpfende und lehrreiche Darstellung über Lupus vulgaris aus der Feder Kaposi's finden wir in dem Handbuch von Hebra und Kaposi;[2]) hier ist auch die Geschichte eingehend gewürdigt. Dort wird nun im Jahre 1876 der Lupus noch definiert „als eine nicht ansteckende und nicht erbliche Krankheit der allgemeinen Decke und der ihr angrenzenden Schleimhautpartien, bei welcher in chronisch sich fortspinnenden Eruptionen stecknadelkopfgrosse, hirsekorngrosse braunrothe, nicht schmerzhafte, derbe, in das Hautgewebe gleichsam eingesenkte Knötchen erscheinen, die in einem äusserst lentescinirenden Verlaufe bis zu linsen- und erbsengrossen Knoten und grösseren confluirenden Infiltraten sich entwickeln, alsdann aber durch Ulceration oder Involution verschwinden und an ihrer Stelle wirkliche Narben und narbige Atrophie der Haut veranlassen.“ Abgesehen von der Auffassung des Lupus als nicht erbliche und nicht infectiöse Erkrankung wird man die meisterhafte Darstellung und Auffassung bis ins kleinste Detail bewundern müssen.

Wir müssen auch heute, ehe wir zum eigentlichen Gegenstande, der Behandlung des Lupus übergehen, einige Augenblicke bei der pathologischen Anatomie verweilen und dieselbe kurz vom mikroskopischen und makroskopischen Standpunkt beleuchten, schon in der einfachen Ueberlegung, dass dadurch die Abhandlung der Therapie wesentlich erleichtert wird.

---

[1]) Anderson, A. Practical Treatice upon Eczema, in cluding its Lichenous, Impetiginous, and Pruriginous varitiés. 1863.

[2]) Hebra und Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten. I. Band. 1874. II. Bd. 1876.

Untersuchen wir einen senkrechten Schnitt durch tuberculöse Haut, so finden wir bekanntlich und zwar gewöhnlich in den oberflächlich gelegenen Schichten der Cutis eine Neubildung, die sich auf Kosten respective unter Verdrängung des normalen collagenen und elastischen Gewebes entwickelt hat und diese Neubildung ist uns ein alter, wenn auch nicht gern gesehener Bekannter, nämlich der Tuberkel, den wir bei jeder Form der Tuberculose und in jedem Organ finden, wo sich tuberculöse Erkrankung entwickelt.

„Ein feinstes Gewebe zartester Fasern und darin vertheilt enthalten zahlreiche epithelartige Zellen, das — Plasmom Unnas — und hie und da einzelne Riesenzellen und, wenn wir bei der Untersuchung Glück haben und die nöthigen Vorfärbungen anwenden, einzelne Tuberkelbacillen. Das ist in allgemeinen Zügen gegeben, die pathologisch-anatomische Beschreibung des Tuberkelknötchen; die pathologisch-anatomische Einheit des Tuberkelknötchens ist nicht zu verwechseln mit der höheren klinischen Einheit des Lupusknötchens; in einem mikroskopischen Schnitt durch ein einzelnes Lupusknötchen finden sich immer zahlreiche Tuberkelknötchen oder miliare Tuberkel. Wir mussten der Vollständigkeit halber auch auf diese fundamentalen Sachen eingehen und wollen aus demselben Grunde noch einige Augenblicke bei der Histologie verweilen.

Während nun an inneren Organen, besonders in den Lungen, dem Lieblingssitz des Tuberkelbacillus und des Tuberkels gar schnell der krankhafte Process bis zur Verkäsung Fortschritte macht, scheinen in der Haut die Bedingungen für das unheilvolle Wirken des Bacillus insofern ungünstigere zu sein, als ein Zerfall des Gewebes nicht so leicht wie anderwärts eintritt, leider aber entschädigt sich hier die Krankheit hinreichend durch die Zähigkeit und Hartnäckigkeit, mit der sie sich einnistet und, wenn auch zumeist langsam, so doch mit unfehlbarer Gewissheit fortschreitet und der gesunden Haut immer mehr Terrain abgewinnt. Wer, wie ich hier in Westphalen Gelegenheit hat, sehr oft weit vorgeschrittene und furchtbar entstellende Lupusfälle zusehen — denn in Westphalen im Münsterlande sowohl wie im hiesigen dichtbevölkerten

Industriebezirke ist diese scheussliche Krankheit sehr verbreitet, entschieden häufiger wie in der Rheingegend, dem kommt leicht der Gedanke, dass der Lupus mit seinen Entstellungen und auch Verstümmelungen die Erbschaft der früher in Deutschland so verbreiteten Lepra in gewissem Sinne übernommen hat.

Histologisch ist nun in der Haut der Krankheitsprocess mit dem Auftreten des Tuberkels nicht abgethan, vielmehr involvirt dies Veränderungen secundärer Natur in der Epidermis. Wir finden in manchen Fällen den epithelialen wie den bindegewebigen Papillarkörper hypertrophisch, in anderen atrophisch, in anderen hinwiederum eitrige Einschmelzung des Gewebes bis zur Ulceration, eine Folge des früheren Stadiums, der kleinzelligen Infiltration längs den kleinen Capillaren der Cutis und sich fortsetzend bis in's subcutane Gewebe. Oft finden wir alle jene histologischen Details in einem und demselben Präparate respective in Schnitten eines und desselben Falles vereinigt. Wir sind ja gewohnt, den Lupus klinisch zu scheiden in Lupus hypertrophicus, atrophicus sc. exfoliativus und exulcerans und wissen aus Erfahrung, dass in einigermassen fortgeschrittenen Fällen fast immer alle Formen zusammen vorhanden sind und von der krankhaften Haut abgelesen werden können.

Makroskopisch oder klinisch lässt sich nach den in vivo bei der Operation gewonnenen Befunden der Lupus scheiden in zwei Hauptgruppen, wenn ich so sagen darf, in einen centripetalen und einen centrifugalen Lupus. Mit anderen Worten und an Beispielen illustrirt. Aus unbekannten Gründen oder sagen wir durch Impfung — es sind hinreichend Fälle von durch Impfung entstandenem Lupus beschrieben — ist an der äusseren Haut ein aus ganz wenigen winzigen Knötchen zusammengesetzter Lupus entstanden. Lange Zeit bleibt die ursprünglich wenig auffällige Erscheinung auf demselben Standpunkt stehen, bis auf einmal vielleicht erst nach Jahren geschwüriger Zerfall und Tiefergreifen des Processes eintritt, Vergrösserung und Ausdehnung dieses tuberculösen Primäraffectes, Infection der benachbarten Drüsen, endlich Weitergreifen des Processes auf das widerstandsfähigere Bindegewebe, auf Knorpel- und Knochensubstanz.

Das ist das Bild eines centripetalen Lupus und gleich die Nutzanwendung hierzu. Wären jene primären Knötchen sofort excidirt worden, man hätte dann die Krankheit im Keime erstickt und die weiteren Verheerungen wären nicht entstanden.

Leider macht nur zu oft die Aengstlichkeit der messerscheuen Patienten und die Zaghaftigkeit der Angehörigen unserem therapeutischen Wollen einen Strich durch die Rechnung. Nichtsdestoweniger soll die Entfernung mit dem Messer als die conditio sine qua non für die Behandlung strenge verlangt werden; nur ja nicht die günstigste und beste Zeit verlieren mit der Anwendung von Aetzpasten, Aetzstiften und Salben. Je bestimmter wir die Nothwendigkeit eines operativen Eingriffes verlangen, um so öfter wird man doch vernünftigen Rathschlägen Folge leisten.

Und nun umgekehrt zwei Beispiele eines centrifugalen Lupus. Eine Patientin consultirt uns — es handelt sich hier um einen von uns selbst erlebten Fall und ich kann Ihnen heute die Patientin demonstriren — wegen eines haselnussgrossen fluctuirenden Knotens links am Kinn; sonst ist absolut nichts Krankhaftes nachzuweisen; der kleine Abscess wird entleert; Patientin consultirt uns erst nach Monaten wieder und siehe da, um das primäre Scrofuloderma hat sich ein Lupus disseminatus entwickelt und auch treten schon versprenkelte Knötchen an der Nasenspitze auf. Wir rathen nunmehr auf das energischeste zur sofortigen Vornahme einer gründlichen Operation, aber durch die Nachlässigkeit der Patientin vergehen wieder Monate, ohne dass etwas geschehen kann und als nun endlich Patientin wieder kömmt, präsentirt uns dieselbe einen sehr ausgedehnten Lupus der Gesichtshaut, vorwiegend der linken Gesichtshälfte, der der Behandlung recht viele Schwierigkeiten machte, wiederholt operirt wurde und zwar mit Excision und Transplantation und schliesslich doch noch zu einem befriedigenden Heilresultate geführt hat.

In einem anderen Falle unserer Beobachtung will ein Lupus exulcerans der Hand nach mehrfachen gründlichen Ausschabungen und Cauterisationen nicht heilen und wie wir, natürlich in Narcose, genauer zusehen, finden wir, dass an einer

[illegible] der tuberculöse Process sich an einem der Finger [illegible] fortsetzt und hören bei darauf hin angestelltem Examen [illegible], dass das Kind ursprünglich einen geschwollenen Finger — [illegible] — hatte, dass derselbe bald aufbrach und [illegible] Anschluss daran der Lupus der Haut an den Fingern [illegible] entwickelte.

Folgende Krankengeschichte, als Beispiel dafür, dass sich nach einem primären tuberculösen Knochenleiden ein Lupus der Haut entwickelt, halten wir gleichfalls einer ausführlichen Mittheilung werth.

Es handelt sich um den 45 Jahre alten Maschinisten Herrn [illegible] aus Lan[illegible] bei [illegible].

Nach der Anamnese erkrankte Patient in seinem 15. Lebensjahre mit Schmerzen oberhalb der rechten Kniegegend und mit [illegible]. Andauernd hatte Pat. heftige Schmerzen im Knie, etwa [illegible] Jahr [illegible], dann bildete sich die Krankheit wieder zurück, bis nach einem [illegible] plötzlich neue Schmerzen auftraten und bald oberhalb des Knies [illegible] sich [illegible]. Dieser Abscess heilte mit einer Fistel, die mehrmals [illegible] gewesen sein soll, aber stets wieder von Neuem aufbrach und [illegible] Patient fast ununterbrochen annähernd 30 Jahre mit sich herum[illegible] ohne dass dieselbe geheilt wäre.

Vor sieben Jahren nun bekam Patient — an der äusseren Haut waren bis dahin krankhafte Veränderungen noch nicht bemerkt worden — am rechten Unterschenkel ein Geschwür („Beulen"), das incidirt wurde, aber nicht heilen wollte; im Gegentheil entwickelte sich im Anschluss daran eine Erkrankung der Haut des ganzen Unterschenkels. Seit 6 Wochen fängt auch am linken Unterschenkel ein Exanthem an sich zu entwickeln. Wir glauben nicht zu irren, wenn wir nach der Erzählung des Patienten annehmen, dass der rechte Unterschenkel im Anschluss an den Abscess im ersten Stadium ganz ähnlich erkrankt ist.

Der objective Befund war nun bei der Aufnahme des Patienten am 20. IX. 1895 folgender:

Am linken Unterschenkel im unteren Drittel besteht ein oberflächliches, etwas nässendes Hautekzem. Am rechten Oberschenkel findet sich an der Vorderseite etwa 8 Cm. über dem Knie ein 5 pfennigstückgrosser Defect der Haut, von dem aus man nach oben mit der Sonde in eine tiefe Tasche gelangt.

Der ganze Unterschenkel ist kolossal elephantiastisch verdickt, mit einem ½ Cm. dicken Schuppenbelag bedeckt, also eine auffallend starke Epidermisabschuppung; nach Entfernung dieser Schuppen tritt eine nässende excoriirte Hautfläche zu Tage und darunter mächtige hypertrophische respective papillöse Excrescenzen. In der Mitte des Unterschenkels ein grosses Ulcus. Am Rande finden wir neben den papillösen Wucherungen typische Lupusknötchen. Patient ist sehr herunter gekommen und schleppt

nur mühsam den schweren klumpigen Fuss nach sich; er ist seit längerer Zeit arbeitsunfähig und in Folge des schauderhaften Geruches, den das schmutzige eiternde Geschwür im Verein mit den zersetzten Epithelschuppen verbreitet sich selbst und anderen sehr zur Last geworden. Deshalb wurde Patient von Sanitätsrath Dr. Becker's dem hiesigen städtischen Krankenhause überwiesen.

Die Diagnose lautete: Tuberculöse Ostitis des rechten Unterschenkels, Lupus hypertrophicus und Elephantiasis des rechten Unterschenkels und Fusses, tuberculöses Ekzem des linken Unterschenkels.

In Narkose wurden die ganzen hypertrophischen Partien in der ganzen Peripherie des Unterschenkels mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, was bei der grossen Ausdehnung des Lupus und bei der relativen Festigkeit des Gewebes eine recht mühsame Arbeit war.

Die heftige Blutung wurde durch Compression gestillt und vor Allem Sorge getragen, die Geschwürsfläche mit Scheere und Pinzette oder mit dem Messer zu säubern und schliesslich konnten wir uns wohl nach langer mühsamer Arbeit sagen, dass wohl alles Lupöse entfernt sein müsste.

Um nun die Elephantiasis in zweiter Linie zu beseitigen, wurden in der ganzen Peripherie mit dem Messer vom Knie bis zu der Fussspitze reichende, tiefe, weit in's subcutane Gewebe reichende Entspannungsschnitte, etwa 30—40 an der Zahl gelegt. Abermals starke, hauptsächlich venöse Blutung. Dann wurde ein Compressionsverband angelegt. Zum Schlusse wurde die Fistel am Oberschenkel breit gespalten, ausgekratzt, kauterisirt und dort ebenfalls eine Jodoformgazetamponade mit Compression angelegt. Das Ekzem am linken Oberschenkel wurde mit starker Argentumnitricumlösung (10%) geätzt und mit Salbe (Borglycerinlanolin) verbunden. Am 4. Tage wurde der erste Verband gewechselt; die elephantiasiastische Schwellung hat schon merklich abgenommen in der ganzen Peripherie des Unterschenkels finden sich gereinigte Geschwüre mit zum Theil beginnender guter Granulation; es wurden nun Patienten auf die ganzen lupösen Flächen 5%ige Höllenstein-Umschläge verordnet fast ununterbrochen etwa 4 Wochen lang nach der Operation; nach 6 Wochen sind alle Ulcerationen tadellos geheilt, nirgends eine Spur von Lupusknötchen bemerkbar und der Umfang des rechten Beines ist nicht grösser wie der des linken.

Patient musste nichts destoweniger noch weitere 6 Wochen im Krankenhause verbleiben, weil die Fistel am Oberschenkel nicht heilen wollte.

Es wurde deshalb in Narkose die Fistel nochmals breit gespalten, der Knochen des Oberschenkels freigelegt, muldenförmig aufgemeisselt, und ein reichlich bohnengrosser Sequester entfernt; die Fistel communicirte, wie sich nun ergab, mit einem im Knochenmark gelegene tuberculösen Erkrankungsherd. Derselbe wurde mit Hammer und Meissel breit freigelegt, kauterisirt und tamponirt; auch hier erfolgte nun nach weiteren 6 Wochen völlige Heilung und Patient konnte wieder als vollständig arbeitsfähig entlassen werden. Wir hatten auf diese Weise Gelegenheit uns zu über-

zeugen, dass die Heilung des Lupus der Haut des Unterschenkels eine dauernde blieb und dass die Elephantiasis völlig geschwunden war.

Hier haben wir also in extenso wiedergegeben die Krankengeschichte eines Lupus verrucosus oder papillosus, der sich im Anschluss an eine primäre tuberculöse Erkrankung des Oberschenkelknochens entwickelt hat; wir konnten daher Patienten nicht eher als geheilt betrachten, bis auch diese chirurgische Grundursache beseitigt war. Und ähnlich die beiden vorhergehenden Fälle, wo auch die chirurgische Erkrankung die primäre war und daran schloss sich die Erkrankung der Haut.

Meine Ansicht über die nicht so ganz seltene Entwickelung eines Lupus im Anschluss an Scrofuloderma und tuberculöse Knochen- und Gelenkentzündungen, die seinerzeit nicht überall von der Kritik anerkannt wurde, muss ich auch heute noch vollständig aufrecht halten; man muss sich nur eben die Mühe nehmen und die Anamnese genau erheben, dann hört man oft genug, dass bei einem Lupus des Gesichtes oder Armes Drüsenvereiterung das Primäre war und dass im Anschluss an eine Incision oder nach spontanem Durchbruch Lupus in der Nähe und um die Narbe oder Fistel entstand; in anderen Fällen beobachten wir das Auftreten von Lupus in der Knie- oder Ellenbogengelenksgegend und hören, dass vorher Schwellung und eitrige Entzündung des benachbarten Gelenkes vorhanden gewesen ist. Hier handelt es sich also nicht um Muthmassungen, sondern um exacte klinische Beobachtungen; und zugegeben, dass diese Beobachtungen in der Literatur selten mitgetheilt sind; umsomehr lag uns daran, darauf aufmerksam zu machen, was mir Chirurgen immer zugegeben und selbst beobachtet haben, dass der secundär im Anschluss an eine primäre tuberculöse Drüsenvereiterung oder tuberculöse Knochen- und Gelenksentzündung entstehende Lupus eben doch nicht so selten ist. Wohl mag er weniger oft dem Dermatologen wie dem Chirurgen begegnen.

Weiter haben wir klinisch oft beobachtet, dass die schon angedeutete Complication des Lupus mit Bindegewebstubercu-

[1]) Fabry, l. c.

lose, mit Tuberculose des Knochen- oder Knorpelgewebes die Ursache ist, weshalb eine Heilung des Lupus der Haut überhaupt nicht eintritt oder doch nicht Stand hält. Man soll daher im einzelnen Fall sich nicht begnügen, die Diagnose Lupus gestellt zu haben, sondern sich auch noch die Unterfrage vorlegen: ist der tuberculöse Process ausser in der Cutis auch in tiefer liegenden Geweben etablirt und müssen wir auch diese Tuberculose beseitigen? Allerdings ist sehr oft die Beantwortung der zweiten Frage erst bei der Operation möglich, wie wir es bei dem folgenden Falle erlebten.

Ein junger Mensch (Fall Hasenkamp) leidet an einem ganz umschriebenen Lupusherd unterhalb des rechten Auges und wurde dieserhalb mehrmals ausgeschabt und kauterisirt; nichtsdestoweniger trat bald ein Recidiv ein; als wir Patienten abermals operierten, bemerkten wir, dass der Jochbeinfortsatz des Oberkiefers erkrankt, vom Periost entblöst und rauh war; es wurde nun das Krankhafte am Knochen mit Hammer und Meissel entfernt und dann gleichzeitig der Lupus behandelt; hier ergab sich erst die richtige Diagnose bei der Operation, während man vorher nichts anderes hatte annehmen können, wie einen Lupus vulgaris exulcerans der Gesichtshaut und derartige Beobachtungen sind häufiger wie man denkt. Nach diesen allgemeinen Expositionen wollen wir nun zum eigentlichen Thema übergehen und uns die Frage zu beantworten suchen, die wir uns vorgelegt haben: Welches ist die zweckmässigste Behandlung des Lupus, d. h. welche Methode ist am besten im Stande, das Krankhafte gründlich zu entfernen und leistet dabei auch in kosmetischer Beziehung am meisten und dabei in kürzester Zeit? Die Beantwortung dieser Frage ist nicht so einfach, nicht zum geringsten Theil deshalb, weil eine so grosse Zahl von Medicamenten und Methoden angegeben sind, über die der einzelne Praktiker nicht ausreichende Erfahrungen sammeln kann, dann aber ist es gerade bei Lupuskranken schwer, hinsichtlich des Erfolges oder Misserfolges der Therapie über Jahre hinaus Beobachtungen anzustellen, da die Patienten selbst nur zu oft den Arzt und die Methode wechseln. Wir sind daher zum Theil auf das Urtheil anderer Autoren angewiesen, die einzelne Medicamente besonderer Prüfung unter-

zogen, anderntheils müssen wir froh sein, doch wenigstens eine geringe Zahl von Beobachtungen bieten zu können, die über eine ganze Reihe von Jahren von uns verfolgt werden konnten.

Sehen wir uns nun die Literatur der Lupusbehandlung etwas genauer an, so müssen wir gestehen, dass bis in die neueste Zeit eine Anzahl von Medicamenten äusserlich anzuwenden, angegeben worden sind, die mit Rücksicht auf den Sitz der tuberculösen Erkrankung einen besonderen Erfolg nicht haben können.

Damit treten wir also ein in die Besprechung der vielfach geübten Methode der chemischen Behandlung. Es ist hier vorher nothwendig, sich zu einigen über das Princip der Behandlung und die Anforderungen, die im Allgemeinen an jede Methode gestellt werden müssen. Wir müssen zunächst streng scheiden, ob irgend eine Medication einen Lupus bessert, an einzelnen Stellen zur Heilung bringt, oder aber ein radicaler Erfolg erzielt wird; jeder wird zugeben müssen, dass damit nicht viel erzielt ist, wenn es gelingt, Lupusstellen, vielleicht exulceirte oberflächlich zum Heilen zu bringen, während in der Tiefe der Process unberührt bleibt, im Gegentheil leider weiter zerstört. Die Erfahrung lehrt zur Genüge, dass eine solche Besserung nur scheinbar und nicht von Dauer ist.

Es ist zu bekannt und verdient kaum angeführt zu werden, dass einfache Wasserdunstverbände einen exulcerirten Lupus insofern beeinflussen können, dass die Krusten abweichen und durch die einfache Reinigung und Reinhaltung hie und da Vernarbung eintritt.

Setzen wir diesen feuchten Umschlägen irgend ein Desinficiens in der gewöhnlichen Concentration Carbolsäure, Sublimat, Creolin, Lysol, Borsäure, Argentum nitricum zu, so muss naturgemäss der Erfolg in dieser Richtung ein noch bedeutenderer sein. Hier handelt es sich schon um eine Behandlungsweise, deren wir auch bei fast allen später zu besprechenden Methoden kaum entrathen können, wenigstens als unterstützende Hilfsmittel und wir wollen deshalb hier einen Augenblick verweilen. Bekannt sind die störenden Sublimat- und Carbolekzeme bei der Nachbehandlung des Lupus; wir sahen sie oft genug bei Sublimat 1:4—5000, $^1/_2$%—1% Carbollösungen; Creolinlösungen

haben nun entschieden den Vorzug, dass bei ihnen derartige Störungen durch arteficielle Ekzeme kaum beobachtet werden; wir ziehen daher Creolin den erstgenannten desinficirenden Mitteln bei weitem vor; kommt es uns aber darauf an, eine tiefergehende Wirkung bei der Nachbehandlung beispielsweise nach einer Ausschabung zu erzielen, so applicirten wir wochenlang täglich mehrmals Höllensteindunstverbände und zwar in Concentrationen von $2^0/_0$—$10^0/_0$ und diese letztere Behandlung bis zur völligen Vernarbung — es sei nochmals hervorgehoben — nur zur Nachbehandlung bei Anwendung anderer Methoden. Insbesondere zu üppige Granulation, bei Lupus eine fast regelmässige Erscheinung, wird so bequem in Schranken gehalten und wir brauchen dann den immerhin sehr schmerzhaften Höllensteinstift in diesen Fällen nicht anzuwenden; die Application der Höllensteinlösungen, auch der concentrirteren verursachen wenig und nur geringe Zeit anhaltenden Schmerz.

Wenn wir nun uns zu den weiteren Mitteln wenden, die angepriesen wurden, durch chemische Einwirkung den Lupus zu beeinflussen und zu heilen, so müssen wir im Hinweis auf unsere vorhergehenden pathologisch-anatomischen Reflexionen ihnen einen besonderen therapeutischen Erfolg deshalb absprechen, weil sie nicht tief genug vordringen zu dem eigentlichen Sitz der Erkrankung. Dies ist auch wohl der wahre Grund, weshalb Anthrarobin, Perubalsam, Hydroxylamin sich in der That in der Praxis nicht eingeführt haben und einführen konnten.

Und was diese Skepsis anlangt, so kann ich auch das viel gerühmte Salicylcreosotpflaster Unna's nicht ganz davon ausschliessen, wenngleich man von manchen Seiten Rühmenswerthes hört. Ich führe hier zwei Fälle an, die mit Salicylkreosotpflaster anderwärts behandelt worden waren.

In dem einen Falle handelte es sich um einen etwa fünfmarkstückgrossen Lupus der rechten Wange, der mit wunderschöner glatter Narbe geheilt war; aber die Narbe war, was uns auffallend war, denn doch sehr roth und wenn man mit dem Finger über die Narbe intensiver herstrich, so konnte man in der Tiefe Knötchen durchschimmern sehen. Es war also nur eine scheinbare Heilung und wird auch wohl das Recidiv nicht ausgeblieben sein. Die Methode der Phaneroskopie (Liebreich, Unna) als diagnostisches Hilfsmittel bei Lupus war damals noch nicht veröffentlicht; es ist heute wohl allgemein anerkannt, dass vermittels derselben

Knötchen entdeckt werden können, die bei noch so grosser praktischer Uebung und Erfahrung mit blossem Auge nicht zu sehen sind.

Der zweite Fall ist augenblicklich im hiesigen Krankenhause in unserer Behandlung; Fräulein Dr. aus Dortmund, 18 Jahre alt. Eine fünfmarkstückgrosse Stelle auf der linken Wange ist tadellos geheilt; dagegen sind im Bereiche zweier annähernd gleich grosser Stellen auf der rechten Wange in der Gegend unter dem Auge und vor dem linken Ohre Recidive eingetreten; und dasselbe ist zu sagen von verchiedenen disseminirten grösseren Flecken an den Armen auf dem Dorsum beider Hände, an den Oberschenkeln, in der Glutaealgegend, vor allem ist fast der ganze linke Vorder- und Oberarm an Streck- und Beugeseite von einem grossen Recidiv im Bereiche weiss glänzender Narben befallen. Es gelang uns an den Armen und Händen verschiedene Stellen zu excidiren und durch primäre Naht zum Verheilen zu bringen. Im Gesicht haben wir excidirt und nach Thiersch transplantirt. Doch davon später, am Vorderarm haben wir einfach tief kauterisirt und mit 10% Höllenstein-Umschlägen behandelt.

Unsere Ansicht über Salicylkreosotpflasterbehandlung ist also die, dass das Mittel wie kaum eines im Stande ist, oberflächliche Lupus-Ulcerationen zum Heilen zu bringen und dass dabei schöne glatte Narben entstehen, aber auch bei Combination des desquaminirend wirkenden Salicyl — vergleiche hierüber die Arbeiten Unna's und seiner Schüler — mit dem desinficirenden Creosot, das ja besonders als Specificum gegen Tuberculose gerühmt wird, kommt für den Lupus keine ausreichende Tiefenwirkung zustande und das haben uns die eben mitgetheilten Krankengeschichten zur Evidenz gelehrt.

Selbst die als schärfere reducirende Mittel auch für die Behandlung von Lupus angegebenen Pyrogallus- und Chrysarobinsalben (10%—20%), ferner Höllenstein und Sublimatsalbe (letztere 1% und 2%) wirken nur dann intensiver, wenn eine Ausschabung und Cauterisation vorausgegangen ist.

Unter diesen letztgenannten Mitteln wird von den meisten Autoren Pyrogallussäure am höchsten geschätzt; besonders bei der abwechselnden Behandlung mit einweichenden Sublimatdunstverbänden und dazwischen wiederholter Application von 10% Pyrogalluspflaster sah ich schöne Resultate, die aber leider oft nicht Stand hielten. Nur zu oft war wenige Monate nach der Entlassung ein Recidiv da.

Für Behandlung nach letztgenannter Methode, die bis vor einigen Jahren ja wohl noch sehr viel geübt wurde, steht mir

eine Krankengeschichte mit auffallend günstigem Heilresultat zur Verfügung, die ich jahrelang und heute noch Tag für Tag bezüglich des Erfolges der Behandlung controliren kann, und nur solche Fälle sollte man füglich benutzen, um über den Werth einer Behandlungsmethode ein Urtheil zu fällen.

M., männlich, 50 Jahre alt, aus Dortmund, wurde von mir vor 7 Jahren an Lupus behandelt. Derselbe litt seit seiner frühesten Kindheit an Lupus der rechten Wange, der sich im Laufe der Jahre bis zum Halse, zum unteren Augenlide und über das ganze Ohr hingezogen hatte, zum Theil serpiginös, zum Theil exulcerirt, die ganze Wange bläulich verfärbt und inclusive des Ohres stark intumescirt. Patient leidet seit längerer Zeit an Asthma, ist aber im Uebrigen von blühender Gesundheit. Tuberculöse erbliche Belastung ist vorhanden.

Patient wurde in tiefer Narkose ausgekratzt, dann wurden die hängen bleibenden Gewebsfetzen sorgfältig mit Scheere und Pinzette entfernt und nun zum Schlusse mit dem Flach- und Spitzbrenner alle verdächtigen und verfärbten Stellen tief und lang anhaltend ausgebrannt. Die Nachbehandlung geschah mit Sublimatumschlägen (1 : 2000) und abwechselnder Application von 10% Pyrogallus-Salbe in wiederholten dreitägigen Touren. In genau 8 Wochen war der ganze Lupus mit äusserst günstigen kosmetischen Resultate d. h. mit wunderschönen glatten Narben geheilt; nirgendwo Röthungen oder gar Lupusknötchen. So blieb es mehr wie drei Jahre, wo sich inmitten der rechten Wange ein typisches Lupusknötchen zeigte; Patient liess sich aber leider nicht bestimmen, dieses Knötchen wegbrennen zu lassen; so hat sich, wie ich dieser Tage noch constatiren konnte, dort ein kleines Recidiv, etwa zwanzigpfennigstückgross entwickelt, nicht exulcerirt; wäre das erste Knötchen gleich zerstört worden, so wäre das Resultat noch besser gewesen, ja sogar eine vollständige Heilung erzielt worden.

Es ist sehr schwer, dem Patienten die Wichtigkeit einer längeren Beobachtung und Nachbehandlung plausibel zu machen.

Und noch ein nach Volkmann'scher Behandlung behandelter Fall mit ausgezeichnetem Heilresultat und nach jahrelanger Beobachtung möge kurz mitgetheilt werden.

Walter Seeger, 16 Jahre, höherer Schüler, Dortmund, consultirte mich zuerst vor 4 Jahren mit Lupus disseminatus an 2 Stellen des rechten Oberarmes, 1 Stelle unterhalb der linken Claviculargegend — diese Stellen konnten noch excidirt und primär durch die Naht geschlossen werden; dann aber fanden wir am linken Oberarm hauptsächlich aussen, Beuge- und Streckseite gleich stark befallend, einen Lupus serpiginosus et exulcerans und eine complicirende Tuberculose eines triceps Bauches. Wir waren noch fünfmal nach der ersten Operation genöthigt, Patienten an Recidiven zu behandeln zum Theil mit Excision, zum Theil mit Cauterisation und haben seit einem Jahre die Befriedigung, bei dem jungen, kräftigen und

vor allem energischen jungen Manne eine geradezu ideale Heilung erzielt zu haben mit glatter, schöner, weisser und leicht verschieblicher Narbe. Auch ist die Musculatur des erkrankten Armes dank fleissigen Turnübungen eine gute und kräftige geblieben. Doch hiervon genug.

Mir stehen eine ganze Reihe von Beobachtungen zur Verfügung, die hier alle mitzutheilen zu weit führen würde, bei denen ich nach genannter Behandlungsweise sehr zufriedenstellende Resultate erzielte.

Es möge hier der Passus über die Behandlung nach Volkmann, wie wir ihn vor fast 4 Jahren abfassten, kurz wiederholt werden:

„Die erste Operation soll in tiefer Narcose vorgenommen werden, bei sehr ausgedehntem Lupus in mehreren Sitzungen: — wir haben doch in letzter Zeit Sorge getragen, gleich bei der ersten Operation alles Tuberculöse möglichst zu beseitigen — dabei soll man Sorge tragen, mit Scheere und Pinzette die bei der Ausschabung hängenbleibenden Fetzen sauber zu entfernen, möglichst im gesunden, weil gerade vom Rande aus von solchen wieder anheilenden Gewebstheilen, die noch Lupusherde, wenn auch vielleicht mikroskopisch nicht sichtbare, enthalten, die Recidive sich zu entwickeln pflegen. Es folgt, wenn sich der Brandschorf abgestossen hat, Nachbehandlung mit Pyrogallol, Sublimat, Salicyl, Creolin. Treten dann dennoch, wie es bei veraltetem und weit vorgeschrittenem Lupus immer der Fall ist, Recidive ein, so haben wir keinen Augenblick gezaudert, die Patienten in ganz kurzen Zwischenräumen zum II., III. und IV. Male einer eingreifenden und gründlichen Operation in Narkose zu unterziehen. Es gelingt dann zumeist, auch schwere Lupusfälle soweit zu bringen, dass sie durch alle paar Wochen, später noch seltener vorzunehmende Cauterisationen einzelner auftretender Lupusknötchen mit dem Galvanocantor in Schranken gehalten werden, in einer gewissen Anzahl aber auch eine dauernde Heilung zu erzielen. Allerdings scheitert die Durchführung dieser Behandlung nicht selten an dem Widerstande der Patienten, die meist schon lange behandelt, nicht gerade mit besonderem Muth und Vertrauen auf Erfolg zu uns kommen.“ Wir können auch heute nach weiteren Erfahrungen unsere damaligen Auseinandersetzungen im Grossen und Ganzen zurechte bestehen

lassen, wenngleich, wie wir sehen werden, in den letzten Jahren doch mehr nach anderen Principien behandelt haben.

Beim Kauterisiren mit dem Paquelin nach vorhergegangener Ausschabung, welche Methode wir in früheren Jahren fast ausschliesslich angewandt haben, legten wir insbesondere Werth darauf, die tieferen Herde aufzufinden und durch längere Einwirkung des Ferrum candens auszusengen; allerdings entstehen dann für die Nachbehandlung gewöhnlich sehr tiefe Wunden, die jedoch sehr günstig ausheilen; tiefere Taschen nun, die vom tuberculösen Process ausserdem seitlich unterminirt waren, wurden ausserdem noch mit dem Scalpell breit gespalten und freigelegt und dann noch tief auscauterisirt. Wir gingen immer von der Ansicht aus, in erster Linie sei Sorge zu tragen, alles krankhafte Gewebe möglichst zu zerstören. Man kann im Allgemeinen sagen, je gründlicher und exacter das tuberculöse Gewebe beseitigt, umso reiner, glatter und schöner werden die Narben. Und eine Beobachtung möchte ich hier noch im Zusammenhang anführen; auch der glühende Paquelin findet an gesundem Gewebe einen weit grösseren Widerstand wie an tuberculös verändertem und man erhält bald einige Uebung, um schon aus dem Grade der Widerstandsfähigkeit des Gewebes an einer vorher ausgeschabten Lupusfläche zu schliessen, ob verdächtige Stellen vorliegen oder nicht, abgesehen davon, dass sich dieselben durch eigenthümliche schmutziggräuliche Verfärbung kenntlich machen.

Der Vollständigkeit halber wollen wir hier noch einige schärfere Aetzmittel anführen, die theils rein, theils gemischt oder in Combination, theils offen, theils als geheime Wundermittel von mancher Seite empfohlen werden. Wir werden solche Mittel, wie Unguentum tartar., Calomel, Arsenpaste, Milchsäure wenn wir die älteren Autoren nachlesen, schon zumeist vorfinden; auch unterliegt es keinem Zweifel, dass es gelingt mit Hilfe derselben und bei sachgemässer Anwendung gewisse Erfolge beim Lupus zu erzielen; nichtsdestoweniger sind diese Mittel im Vergleich mit anderen Methoden wegen der überaus grossen Schmerzhaftigkeit der Application und dann wegen des doch sehr problematischen Erfolges geradezu als veraltet zu betrachten.

Zur Entfernung der bei fast allen Lupuskranken und insbesondere bei vorgeschritteneren Fällen sich leider zu oft einstellenden Recidive bedienen wir uns mit Vorliebe der Galvanokaustik; wenn der Platindraht schön weiss glühend ist, haben die Patienten auch nicht sonderlich über Schmerzen zu klagen und der kleine operative Eingriff dauert nur Secunden. Bei Lupus im ersten Anfang, wenn derselbe, wie nicht so selten, an der Nasenspitze localisirt ist, bedient man sich gleichfalls zweckmässig derselben Methode, weil Excision und Transplantation oder Excision und primäre Naht aus kosmetischen Rücksichten oft nicht zu verwerthen sind.[1]) Dass aber dann die Galvanokaustik doch in der Lage ist, allen Anforderungen an eine ideale Heilung zu genügen, dafür einige Beispiele mit über Jahre hinaus anhaltender Heilung. Die Frühdiagnosen sind leider selten und schon aus diesem Grunde führe ich die Krankengeschichten mit an.

1. V., 12 J., m. aus Dortmund, leidet an einem seit Monaten persistent gebliebenen Knötchen an der Nasenspitze. Schleimhaut der Nase — Pat. wurde auch daraufhin von einem Specialisten (Dr. Hansberg) untersucht, der denselben meiner Behandlung überwies; die Mutter leidet an Phthisis pulmonum. Diagnose: Lupus der Nasenspitze im allerersten Anfang. Therapie: in Bromäthylnarkose gründlich Cauterisation des Knotens. Glatte Heilung in etwa 14 Tagen unter Borpuderbehandlung. Heute nach 4 vollen Jahren ist ein Recidiv weder in loco noch an irgend einer anderen Körperstelle eingetreten. Wäre der gründliche Eingriff nicht geschehen und hätte man die beste Zeit zum operativen Handeln mit der Anwendung unzulänglicher Heilmittel — hierzu rechnen wir auch die Anwendung der nicht gründlich und nicht tief genug wirkenden Aetzstifte — vergeudet, so würde von diesem primären Knötchen gar bald die nächste Nachbarschaft inficirt worden sein; leider ist das der gewöhnliche, traurige Verlauf. Ganz ähnliche Verhältnisse bot der folgende Fall.

2. W., 34 Jahre alt, Ehefrau. Patientin fiel schon seit längerer Zeit eine nicht weichen wollende Röthung der Nasenspitze auf und consultirte, da sie glaubte, dass eine Erkrankung der Nasenschleimhaut vorliege, gleichfalls einen Nasenspecialisten, der Patientin an mich verwies, da im Innern der Nase nichts Abnormes nachzuweisen war. Bei genauer Inspection fand ich bei der gleichfalls tuberculös belasteten Patientin eine entzündliche Röthung der Nasenspitze, die auf Druck erblasste und im

[1]) Wir haben jedoch später eine ganze Reihe von Patienten mit Lupus der Nase mit Excision und Transplantation behandelt; siehe darüber unten die Krankengeschichten.

Centrum dieser Röthung eine knötchenförmige Efflorescenz. Diagnose: Lupus im Beginn. Therapie: Galvanocaustische Zerstörung des Knötchens im Centrum; in Folge dessen bald Verschwinden des Knötchens so wie der therapeutisch nicht beeinflussten reactiven Röthung. 1 Jahr nachher stellte sich Patientin wieder vor und litt an zwei kleinen flachen Ulcerationen rechts und links von der Nasenspitze. Es war das eine Bestätigung meiner ersten auf Lupus lautenden Diagnose. Abermalige Cauterisation, Heilung; Patientin ist bis heute von einem Recidiv frei geblieben nach vollen drei Jahren; noch vor wenigen Wochen habe ich Patientin gesehen.

3. A., 39 Jahre, w. Patientin consultirte mich zuerst vor fast 8 Jahren wegen Frost an den Händen und eines hartnäckigen Ausschlages an den Ohren. Dabei fiel mir bei Patientin an der Nasenspitze eine Knötchenefflorescenz auf, deren Beachtung ich für viel wichtiger hielt. Da das Knötchen schon monatelang bestand, so schlug ich Patientin die galvanocaustische Zerstörung vor, worauf dieselbe einging. Meine Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf Lupus an der Nasenspitze im ersten Beginnn. Der Vater ist frühzeitig gestorben, woran ist unbekannt. Patientin selbst ist bis dahin immer ganz gesund gewesen. Auch bei dieser Patientin traten im Laufe der nächsten Jahre wiederholt ulceröse Recidive ein; ferner zeigte Patientin gelegentlich einer Tuberculincur deutliche örtliche und allgemeine Reaction. Im Verlaufe der Erkrankung wurde die Diagnose sowohl wie die Behandlung nicht unwesentlich erschwert, durch wiederholte acute Eruption von Lupus erythematosus Efflorescenzen, die zeitweise fast das ganze Gesicht befielen. Seit etwa zwei Jahren ist der Lupus vollständig geheilt, der Lupus erythematosus bis auf kleine Stellen an den Händen und Ohren. Auch diese Patientin ist in meiner beständigen Beobachtung.

Einen Augenblick sei es noch gestattet, bei den Methoden zu verweilen, die durch eine allgemeine Behandlung den Lupus, sei es innerlich, sei es hypodermatisch zu heilen suchen. Weder Tuberculin noch das von Liebreich so warm empfohlene Cantharidin haben sich bewährt. Liebreich will zwar von Cantharidin deutlich günstige Beeinflussung des Lupus gesehen haben, jedoch hat Köbner dies mit grosser Entschiedenheit in Abrede gestellt. Auch Saalfeld bleibt bei seiner Ansicht beharren, dass er in den Lupusfällen, die er mit Cantharidin behandelt hat, Besserung gesehen habe; bei Cantharidin scheint selbst die primäre Beeinflussung des Erkrankungsherdes oder die Reaction, die bei Tuberculin in den meisten Fällen so schön eintritt, kaum beobachtet zu werden; auch ist Cantharidin wegen seiner ungünstigen Einwirkung auf die Nieren keines-

wegs ungefährlich, wie wiederholt in der Literatur mitgetheilt wurde.

Die Behandlung des Lupus kann nur dann eine erfolgreiche sein, wenn sie eine gründliche chirurgische ist und, dass hier der schönste Erfolg in der Frühdiagnose und in der Frühbehandlung des Lupus liegt, wurde schon angedeutet.

Wir müssen beim Lupus nach denselben Grundsätzen verfahren, wie beim Epitheliom und beim Carcinom der Haut und nicht den schönsten und günstigsten Zeitpunkt für die Operation, vielleicht noch eine einfache Excision verstreichen lassen mit der Anwendung von Pflastern, Aetzmitteln etc.

Haben wir es aber nun, wie ja leider in der Praxis zumeist mit recht ausgedehnten Lupusfällen zu thun, wie haben wir dann zu verfahren, welches sollen dann die allgemeinen leitenden Principien chirurgischer Behandlung sein.

Es sind zwei Bedingungen zu erfüllen:

I. Entfernung allen lupös oder tuberculös erkrankten Gewebes der Haut und Subcutis und eventuell auch des darunter befindlichen Knorpels oder Knochens.

II. Erzielung einer möglichst schnellen und guten Vernarbung und möglichst geringer Entstellung.

Wir wollen zum Schlusse unserer Abhandlung unter diesen Gesichtspunkten beleuchten:

Die Methode der Thiersch'schen Transplantation nach vorhergegangener Excision.[1]

Steffen Hugo, Dreher, Witten, 27 Jahre, wird am 6. März 1893 in's städtische Krankenhaus aufgenommen mit Lupus exulcerans, am Rande serpiginosus der ganzen rechten Wange. Durch Narbenverzug ist ein ziemlich hochgradiges Extropium des rechten unteren Augenlides eingetreten. Der Lupus besteht seit frühester Kindheit und hat sich die Krankheit im Anschluss an einen in Suppuration übergegangenen Drüsen-

[1]) Ich halte es für meine Pflicht hier ausdrücklich zu bemerken, dass ich mich bei allen meinen Lupusoperationen im hiesigen städtischen Krankenhause der liebenswürdigsten Unterstützung des chirurgischen Oberarztes Dr. Gerstein erfreut habe und dass die meisten der im verflossenen wie im folgenden Kapitel wiedergegebenen Ideen der Ausfluss sind des mit demselben während einer Reihe von acht Jahren fast ununterbrochenen gepflogenen wissenschaftlichen Gedankenaustausches.

knoten entwickelt. Patient ist nicht gerade besonders kräftig gebaut, jedoch von gesundem Aussehen; an den Lungen wie überhaupt an den inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen.

Am 6./III. 1893 wurde in tiefer Narkose die ganze Wangenhaut, soweit sie ulcerös oder narbig mit eingesprenkelten Lupusknötchen verändert war, excidirt, dann wurde gleichzeitig Sorge getragen, alle spannenden, nach dem rechten unteren Augenlide hinziehenden Stränge zu durchschneiden, wodurch das Lid wieder in seine normale Lage quasi zurückschnellte. Nachdem durch Compression die Blutung einigermassen gestillt und das Operationsfeld sichtbar gemacht war, wurden alle tieferen verdächtigen Stellen energisch mit dem Flach- und Spitzbrenner des Paquelins behandelt; darauf ein Jodoformgaze-Compressionsverband angelegt.

Am 4 Tage post operationem Verbandwechsel, abermals Jodoformgaze-Verband; am 8. Tage Implantation von Haut aus dem Oberarm. Es blieb zwar nicht alles haften, jedoch trat nichtsdestoweniger eine tadellose Heilung und Vernarbung ein. Das Extropium stellte sich nicht wieder ein.

Dass es uns in diesem Falle gelungen war, radical in einer einzigen Sitzung alles Lupöse zu beseitigen, davon konnten wir uns im Laufe der folgenden Jahre zur Genüge überzeugen. Wir hatten einmal nicht nöthig bis zum heutigen Tage auch den geringsten operativen Eingriff vorzunehmen und konnten im vorigen Herbst den Patienten im Arnsberger Bezirksverein als tadellose Heilung vorstellen. Die Narben waren wunderschön glatt, ohne eine Spur von ominöser Röthung, weder auf Finger- noch auf Glasdruck, weder mit blossem Auge noch bei Lupenbesichtigung liessen sich Knötchen nachweisen. Auch hatte sich, was leider öfter eintritt, das Ectropium nicht wieder gebildet. Nunmehr hat diese Heilung in das vierte Jahr Stand gehalten und da glaube ich mich doch für diesen Fall der berechtigten Hoffnung hingeben zu können, dass die Heilung auch für die Dauer Stand halten wird.

Schmidt, Ehefrau, 47 Jahre, Hamm. Patientin leidet an einem Lupus, der genau das untere Nasendrittel befallen, etwa in der Ausdehnung eines Markstückes, mit typischeu Lupusknötchen, beginnender Ulceration und leichten Narbeneinziehungen, der Process greift auf das Naseninnere beider Nasengänge über. Die Anamnese ergibt, dass der Vater an Phthisis pulmonum gestorben ist. Der Lupus besteht, soweit den Angaben der Patientin zu glauben ist, bei der schon ziemlich weiten Verbreitung verhältnissmässig kurze Zeit. Im Naseninnern seit sechs Monaten, aussen seit zwei Monaten. 17./VI. 1893 Aufnahme in's hiesige städtische Krankenhaus; in Narkose tiefe Excision allen lupösen Gewebes

bis auf den Nasenknorpel, verdächtige Stellen des letzteren werden gleichfalls entfernt; ebenso wird Sorge getragen, den Lupus des Naseninnern (befallen sind da nur die Nasenflügel) zu entfernen. Die Blutung wird durch Compression sowie durch Torsion grösserer Gefässe gestillt und dann sofort aus dem Oberarm nach Thiersch'scher Methode Haut transplantirt und Sorge getragen, dass auch die gesetzten Defecte im Innern gedeckt werden. Compressionsverband mit protectiv silk, Jodoformgaze etc. — 24./VI. erster Verbandwechsel: alles ist tadelles angeheilt. 28./VI. wird Patientin bereits mit der Weisung zu pudern entlassen.

Patientin habe ich im ersten Jahre öfter, zuletzt noch in diesem Jahre gesehen; dieselbe ist von einem Recidiv verschont geblieben; auch ist, wie ein Photogramm zeigt, der kosmetische Erfolg ein durchaus guter zu nennen.

Borgstedt, Fräulein, 22 Jahre, Camen. Patientin stellte sich zuerst vor am 4./I. 1893 und lautete die Diagnose: Lupus exulcerans et hypertrophicus am Kinn, kleiner serpiginöser Lupusherd am Kinn.

Die Eltern der Patientin leben und sind ganz gesund, sechs lebende gesunde Geschwister; Patientin selbst hat als Kind eine Meningitis überstanden; der Lupusherd am Halse besteht seit 6 Jahren, seit 2 Jahren der am Arm. Rechte Lungenspitze suspect.

9./I. Aufnahme: Auskratzung und nachfolgende Cauterisation mit dem Paquelin. 18./I. Transplantation auf die schön granulirende Wundfläche vom rechten Oberarm. Die Lappen heilten nur theilweise an, jedoch ist Ende Januar die ganze Wundfläche vernarbt. Die Narbe blieb roth und es zeigten sich innerhalb der Narbe umschriebene Lupusrecidive. Die Stelle am Arm konnte excidirt und primär durch die Naht vereinigt werden,

Wir entschlossen uns nun am 15. Juni 1894 zur gründlichen Excision der ganzen lupösen Narbe und transplantirten 8 Tage darauf auf die vorher durch Ausschabung von den überwuchernden Granulationen befreiten Flächen. Es trat nun nach 14 Tagen Heilung ein, die bis zum heutigen Tage Stand gehalten hat. In der Herbstversammlung 1895 des Vereines der Aerzte im Regierungsbezirk Arnsberg, mehr wie zwei Jahre nach der Entlassung aus der Behandlung, konnte ich Patientin noch als völlig geheilt vorstellen. Die Heilung hat bis heute derart Stand gehalten, dass auch nicht das geringste verdächtige Knötchen zu sehen. Ich stehe daher nicht an, in diesem Falle von einer Radicalheilung zu sprechen.

Die mikroskopische Untersuchung der excidirten Narbe ergab neben stark gewuchertem Granulationsgewebe, zwischen welches sich echtes Epithel ganz tief hinein erstreckte, vereinzelte typische Tuberkelknötchen, ein Beweis, wie nothwendig der radicale Eingriff gewesen war. Gleichzeitig zeigte uns das Präparat, eine wie energische active Proliferation von der an-

geklebten Epidermis auch in die Tiefe vor sich geht. Ein wie energisches Flächenwachsthum des Epithels statthat, ist ja klinisch immer zu sehen bei den Reverdin'schen Transplantationen sowohl wie bei denen nach Thiersch, wenn nicht die ganzen Flächen bedeckt sind oder die Lappen nicht in toto anwachsen.

Middendorf Theodor, 15 Jahre, Hamm. Lupus exulcerans, Hypertrophicus et disseminatus der ganzen rechten Gesichtshälfte und der Unterkinngegend bis zur linken Wange. Patient ist von auffallend blühendem Aussehen, die Eltern desselben sind gesund, er hat fünf lebende gesunde Geschwister, abgesehen von seinem Lupus, der schon seit langen Jahren von frühester Kindheit besteht und allmälig bis zu der jetzigen Ausdehnung sich entwickelt hat, soll Patient immer ganz gesund gewesen sein.

Am 10./VI. 1892 in Narkose Abschälung der Haut der ganzen lupösen Partie, also der ganzen rechten Wange und der ganzen Unterkinngegend bis zur linken Wange in einer Sitzung, also bedeutend mehr wie der einen Gesichtshälfte entspricht. Sehr starke Blutung, wie das nichts anders bei dem Gefässreichthum der Gesichtshaut und dem zum grossen Theil narbig verändertem Gewebe mit den starrwandigen Gefässen zu erwarten war; durch Torsion und Compression Stillung der Blutung, es brauchen nur wenige grössere Gefässe unterbunden zu werden. Den 12./VI. Transplantation nach Thiersch, die Lappen werden vom Oberschenkel entnommen; bis zum 30. Juni ist etwa die Hälfte der Fläche bewachsen, sehr starke Granulation, die vielfach die anhaftenden Läppchen überwuchert, deshalb in Narkose Ausschabung der Granulation, abermalige Transplantation, Verband wie gewöhnlich mit Puder, Protectiv silk etc. Den 16./VIII. wurde Patient geheilt mit leichtem Ectropium des rechten unteren Augenlides entlassen; im Laufe der nächsten zwei Jahre habe ich ihn wiederholt gesehen und konnte jedesmal constatiren, dass von Recidiven keine Spur zu sehen war. Das Ectropium leichten Grades bestand noch; Patient konnte sich zu der von mir vorgeschlagenen operativen Beseitigung nicht entschliessen. Da ich nun Patienten seit dem Jahre 1894 nicht mehr gesehen, so richtete ich an den Arzt, der mir den Patienten zur Operation überwiesen hatte, eine Anfrage über das augenblickliche Befinden des Patienten. Darauf antwortete mir Dr. Falk in Hamm: „Dem p. Middendorf geht es im Allgemeinen gut. Recidiv ist nicht eingetreten, das Ectropium ist noch vorhanden. Aber das Aussehen ist trotzdem so Vertrauen erweckend, dass kürzlich seine Aufnahme in eine Krankencasse, bei der vorherige Untersuchung erforderlich ist, nicht beanstandet wurde."

Eine Abbildung des status ante operationem findet sich in meiner Abhandlung „über die tuberculösen Affectionen der Haut" auf Seite 3.

Gassmann, C., 28 Jahre, Buchdrucker, Dortmund. Patient ist tuberculös belastet, der Beginn seiner Erkrankung datirt auf die ersten

Kinderjahre zurück. Es findet sich bei demselben ein Lupus serpiginosus malae sinistrae, der nach vorne bis zum Mundwinkel und linken Nasenflügel reicht, nach oben bis zur Schläfengegend und scharf bis an die Grenze des unteren Augenlides, nach rückwärts ist die Ohrmuschel mit erkrankt, nach unten hin endlich noch ein grosser Theil der entsprechenden Halsgegend. In der Mitte zeigt der Lupus spontane Tendenz zur Heilung, es war also jene Form, die man als Lupus exfoliativus zu bezeichnen pflegt, während wir in den Randpartien es mit der progressiven Form des Lupus serpiginosus zu thun hatten. Dies der Befund vom 10. März 1893. Patient wurde am 8. Agril in's städtische Krankenhaus aufgenommen und ich excidirte bei demselben in vier Sitzungen in der Breite von etwa 3 Cm. die Randpartien und liess in gewohnter Weise wenige Tage nach jeder Excision die Transplantation nach Thiersch folgen. Am 16. Juni wurde Patient entlassen. In der Mitte war also absichtlich nichts geschehen. Im Laufe der folgenden Jahre und bis zum heutigen Tage konnte ich nun constatiren, dass auf der einen Seite an den Randpartien da, wo wir excidirt und transplantirt hatten, sich auch nicht eine Spur eines Recidivs entwickelte, ebenso wenig über diese Exisionslinie hinaus nach dem Gesunden; auf der anderen Seite aber ging unsere Hoffnung, im Centrum werde eine vollständige spontane Zurückbildung erfolgen, der Lupus werde dort verkümmern, nicht in Erfüllung. Wir haben uns daher zweimal entschliessen müssen, zahllose kleine Lupusknötchen mit dem Spitzbrenner des Paquelin zu zerstören.

Das Resultat ist nun heute in diesem Falle folgendes: Der Lupus ist nicht weiter vorgeschritten in den Randpartien, in den transplantirten Stellen ist nirgends eine Spur von Knötchen zu sehen, die kleine, etwa ein Fünftel der ursprünglich befallenen Wange betragende Stelle im Centrum der Wange zeigt noch suspecte Röthungen und Knötchen, aber es ist keine Tendenz zur Exulceration vorhanden. Trotz diesem zufriedenstellenden Resultate habe ich Patienten doch noch vorgeschlagen, demnächst auch die centrale Partie excidiren und transplantiren zu lassen. Wir haben in diesem Falle die Excisionen in vier Sitzungen vornehmen zu müssen geglaubt, weil jedesmal die Blutung eine ganz kolossale war und weil Patient nach jedem operativen Eingriff ganz bedenklich collabirte, so dass wir ihm einen grösseren Blutverlust nicht zumuthen durften. Auch dieser Patient wurde in der Herbstsitzung des ärztlichen Vereines im Regierungsbezirk Arnsberg, Frühjahr 1896, demonstrirt. Für uns unterliegt es keinem Zweifel, dass auch in diesem Falle die Heilung eine ideale gewesen wäre, hätten wir gleich von vorneherein auch in einer fünften Sitzung das Centrum excidirt. Dieses soll, wie betont wurde, demnächst noch nachgeholt werden.

Fischer Heinrich, 16 Jahre, Dortmund. Lupus exulcerans et hypertrophicus der rechten Wange, Tuberculose des rechten Nasenbeins. Vater an Phthisis gestorben. Patient ist Epileptiker. Abgesehen von seiner Hauterkrankung ist Patient von gesundem kräftigem Aussehen. 24. September 1891 Aufnahme in's Kranken-

haus. Zuerst wurde Patient ausgekratzt und cauterisirt, es traten aber Recidive ein; vor allem aber macht die zum Nasenbein gehende Fistel eine ganze Reihe von Cauterisationen, Entfernung von Knochensequestern erforderlich. Dagegen gelang es in viel kürzerer Zeit durch gründliche Excision und nachfolgende Transplantation den Lupus zur vollständigen Verheilung zu bringen. Verfahren bei der Transplantation wie gewöhnlich und tadelloses Anheilen der vom Oberarm entnommenen Hautlappen. Die Heilung hat, wie ich mich noch vor ganz kurzer Zeit überzeugen konnte, bis heute Stand gehalten. Ich nahm fünf volle Jahre post operationem folgenden Befund auf: Patient ist von auffallend kräftigem gesunden Aussehen. Wo früher der in seinem Verlauf rapide fortschreitende Lupus localisirt war, finden wir eine wunderschöne glatte, ganz unverdächtige, d. h. nicht die geringsten Spuren von Knötchen zeigende Narbe. Keine Spur von Ectropium, obschon früher der Lupus und jetzt die Narbe verhältnissmässig dicht an das rechte untere Lid heranreicht. Am Kinnrande rechts findet sich ein unter der glatten dünnen Narbenhaut verschieblicher Drüsenknoten, sonst keine Drüsen am Halse oder vor dem Ohre. Die Entfernung soll in Kurzem vorgenommen werden und dürfte die Ausschälung nach meinem Dafürhalten kaum mehr Schwierigkeiten machen wie die eines einfachen Ateroms. Die Heilung dieses Lupus, die über fünf Jahre Stand gehalten hat, glaube ich als eine radicale bezeichnen zu dürfen; d. h. die Gefahr des Auftretens neuer Knötchen ist kaum vorhanden. Und das kosmetische Resultat ist in diesem Falle ein vorzügliches, die Narben sind allerdings sichtbar, aber sonst ist eine Entstellung nicht vorhanden.

Becker Lina, 24 Jahre alt, Ehefrau aus Hachency, überwiesen von Dr. Broelemann in Hörde mit Lupus exulcerans der linken Gesichtshälfte und des rechten Armes. Aufnahme Febr. 1893 zur Operation nach Thiersch. Die Erkrankung begann am Arm vor 13 Jahren und im Gesicht vor 10 Jahren. Am Arm findet sich ein über Handflächen grosser Lupusfleck, die grössere Hälfte der linken Wange bis zum Mundwinkel ist befallen von einem zum Theil ulcerirten, zum Theil hypertrophischen Lupus.

Es wird in Narkose unter ziemlich vehementer Blutung alles Lupöse rein excidirt und dann am Arm, wo die Blutung durch Compression zu stillen ist, sofort, im Gesicht, da wir sehr tief gehen mussten, erst nach acht Tagen transplantirt. Am Arm haftet der eine aufgelegte Lappen vollständig, im Gesicht lösen sich jedoch hie und da kleinere Fetzen ab, jedoch ist bereits nach 14 Tagen hier alles verheilt.

Patientin sah ich zum ersten Male wieder am 25. October 1896, also nach fast 3½ Jahren und constatirte Folgendes: Dieselbe ist, wie auch vor der Operation, von gutem blühenden Aussehen, hat mehrere gesunde Kinder, die sie selbst stillte und was den Lupus anbelangt, so wurde notirt: am Arm schöne weisse Narbe, nichts von Recidiven bemerkbar. Es findet sich aber ein typisches Lupusknötchen an der Oberlippe und ein gleiches an der rechten Wange; dagegen sind die trans-

plantirten Stellen an der linken Wange vollständig tadellos, das Recidiv in Gestalt zweier Knötchen hat sich weit davon entfernt entwickelt und nicht im Zusammenhang mit dem primären Herd der Wange. Ich schlug nun Patientin gründliche Excision der beiden neuen Knötchen vor und, da dieselbe sich hierzu nicht entschliessen konnte, cauterisirte ich dieselben tief und gründlich mit dem Paquelin. Der weitere Verlauf und das eventuelle Neuauftreten von Knötchen bleibt in diesem Falle abzuwarten, nichtsdestoweniger können wir mit dem Erfolge der Methode mehr wie zufrieden sein.

Die nunmehr folgenden Krankengeschichten, bei denen gleichfalls excidirt und nach Thiersch transplantirt wurde, wurden zwar in späteren Jahren operirt und ist somit die Dauer des Erfolges noch nicht über so lange Jahre hinaus verfolgt worden, nichtsdestoweniger werden sie mit zur Beurtheilung der Leistungsfähigkeit der Thiersch'schen Methode verwerthet werden können.

Gregor Marie, 21 Jahre, Näherin aus Marten. Leidet an einem etwa handflächengrossen Lupusfleck der linken Wange. Patientin ist tuberculös belastet, leidet an Kyphose, sowie an Spitzenaffection der Lungen beiderseitig. Die Erkrankung der Wangenhaut besteht schon seit langen Jahren und ist ganz allmälig am Rande weiter fortgeschritten. Fleck fast kreisrund, im Centrum an mehreren Stellen ulcerirt. Am 22. III. 1895 Excision, die sehr tief gemacht werden musste, da sich intra operationem ergab, dass der tuberculöse Process verhältnissmässig weit in die Tiefe, jedoch nicht bis zum Oberkieferknochen vorgeschritten war. Jodoformgaze-Compressionsverband, der nach vier Tagen in Narcose entfernt wird, es wird dann die nicht mehr starke Blutung durch Auflegen von 0.6% Kochsalzcompressen gestillt und die ganze Wundfläche mit zwei Thiersch'schen Lappen vom Oberschenkel bedeckt. In den nächsten Tagen heilen die Lappen tadellos an und glaubten wir bereits in Kurzem Patientin entlassen zu können, als von einer kleinen eiternden Stelle aus ein Erysipelas faciei sich einstellte, das mit sehr hohem Fieber verlief, Patientin sehr elend machte und einen grossen Theil der implantirten Stellen wieder löste; eine erneute Transplantation war jedoch nicht erforderlich, indem von den haftenden Läppchen aus die Wundfläche sich schon überhäutete. Im Monat September 1896 hatte ich Gelegenheit, Patientin zu untersuchen und konnte constatiren: die Narbe ist, wenn auch etwa uneben, so doch vollständig blass und es findet sich keine Spur von verdächtigen Stellen in Gestalt von Hyperämien oder tuberculösen Knötchenherden. Die bei der Entlassung noch sehr stark eingesunkene Wange — wir hatten sehr tief excidiren und auch noch krankhaft veränderte Partien von der Musculatur entfernen müssen — ist viel flacher geworden, die Entstellung eine sehr geringe. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist relativ gut; dieselbe hat auffallend

lange Zeit gebraucht, um sich von dem überstandenen Erysipelas zu erholen.

Die Krankengeschichte eines 20jährigen Bergmannes, Wilhelm Scheich, will ich nur ganz kurz anführen, da der Fall ganz analog war dem Fall Borgstedt. In diesem Falle haben wir 22./III. 1895 sofort die ganze zwei handflächengrosse lupöse Stelle unter dem Kinn excidirt und in gewohnter Weise nach 4 Tagen transplantirt; auch diesen Kranken habe ich im August dieses Jahres noch untersucht und mich davon überzeugen können, dass die Heilung bis dahin Stand gehalten hat.

Kranefeld Hulda, 17 Jahre, Lütgendortmund. Patientin, die väterlicher und mütterlicher Seite tuberculös belastet ist, wurde am 13./VII. 1894 in's städtische Krankenhaus mit Lupus exulcerans der linken Gesichtshälfte, weit über die Hälfte die Wange bedeckend und bis zur Oberlippe und zum Mundwinkel hinziehend, aufgenommen. Zuerst Behandlung nach Volkmann und Nachbehandlung mit Pyrogallus und Sublimat. Es traten Recidive ein und so entschlossen wir uns 6./V. 1896 nach abermaliger Aufnahme der Patientin in's Krankenhaus zur radicalen Exstirpation des Lupusrecidivs sammt den Narben. In gewohnter Weise Transplantation; am 23./V. wurde Patientin entlassen mit einem auch kosmetisch zufriedenstellenden Resultat. Patientin steht natürlich noch in unserer Beobachtung; bis heute hat sich aber auch nicht die geringste Spur eines Lupusrecidivs gezeigt.

Kleinschnittger Maria, 16 Jahre, Dienstmädchen, Dortmund. Lupus serpiginosus antibracchii dextri, kaum handflächengross. Aufnahme in's städtische Krankenhaus am 4./III. 1895. Patientin ist von blühendem gesundem Aussehen. Der Fleck am Arm hat sich im Laufe der Jahre und zwar ganz allmälig entwickelt. In Narkose radicale Exstirpation alles Lupösen und da es nach kurzer Zeit gelingt, die Blutung zu stillen, so wird sogleich in derselben Sitzung vom Oberarm transplantirt. Schon nach wenigen Tagen konnte Patientin als geheilt entlassen werden. Am 28./IX. 1896 wurde constatirt, dass die Heilung unter Bildung schöner glatter Narben erfolgt und ein Recidiv nicht eingetreten war.

Bach Maria, 40 Jahre, ledig, Oberhausen. Lupus faciei exulcerans et hypertrophicus über das ganze Gesicht verbreitet mit entsetzlich entstellender Verstümmelung der Nase, narbiger Schwellung und Verziehung der Ober- und Unterlippe, Lupus des Zahnfleisches der oberen und unteren Zahnreihe. Patientin steht seit fast vier Jahren in meiner Behandlung und wurde von mir wiederholt ausgeschabt und gründlich cauterisirt; aber es gelang auf diese Weise kaum den ungeheuer progressiven Fall in Schranken zu halten und so entschlossen wir uns auch, bei diesem Fall bei der letzten Aufnahme 28./I. 1896 zur radicalen Operation, wohl wissend, dass ja eine Abschälung zunächst fast der ganzen Gesichtshaut nöthig war und weiter, dass bei dem so inveterirten Fall ein Tiefergreifen des Processes an manchen Stellen erwartet werden musste. Operirt wurde in einer Reihe von Sitzungen: rechte Wange, Unterkinngegend, Unterlippe, Nase und linke Wange, beide obere Augenlider,

manchmal wurde eine Transplantation mit einer neuen Excision verbunden. Da Patientin durch die wiederholten Narkosen und operativen Eingriffe mit heftigen Blutverlusten sehr geschwächt war, so wurde sie Anfang April entlassen und sollte sich dann in diesem Winter die noch restirende Lupuspartie an der Oberlippe excidiren lassen. Dies soll demnächst ausgeführt werden. Wir haben den Fall ausführlich mitgetheilt, obschon aus verschiedenen Gründen von einer Heilung noch nicht gesprochen werden kann, weil derselbe von den bisher mitgetheilten der am weitesten ausgedehnte Krankheitsfall war und weil er aus diesem Grunde technisch die grössten Schwierigkeiten darbot.

Ganz cursorisch und mehr der Vollständigkeit halber mögen auch die Fälle hier Erwähnung finden, die bis in die letzte Zeit von uns nach der Thiersch'schen Methode behandelt wurden, die aber aus den schon angeführten Gründen für die Kritik der Methode nicht den gleichen Werth haben.

1. Frau Niemann, 54 Jahre, Dortmund, leidet an ausgedehntem Lupus serpiginosus et exulcerans in Schmetterlingsform; die ganze Nase ist befallen und intumescirt, die Wangen sind befallen bis zum unteren Augenlide als obere, bis zum Mundwinkel als untere Grenze und bis zur Parotisgegend als Grenze nach rückwärts. Patientin ist im Laufe der Jahre wiederholt in Kliniken zumeist nach Volksmann'scher Methode behandelt worden. Im Frühjahr excidirten wir die ganze Fläche in einer Sitzung und schlossen nach 4 Tagen die Transplantation an; schon nach 14 Tagen konnten wir die Patientin mit allerdings noch frischen, jedoch bereits festen Narben vorstellen; bis heute ist ein Recidiv noch nicht eingetreten.

2. Ganz ähnlich lag die Sache bei einem Fall, der ein Fräulein König, 44 Jahre, aus Arnsberg betraf, aber in der Fläche sowohl wie nach der Tiefe hin weiter vorgeschritten war; diese Patientin war zur selben Zeit auf der Station, wir mussten dieselbe jedoch länger in dem Krankenhause zurückbehalten, da Nachoperationen sowohl an den Augenlidern wie am Munde nöthig wurden. Ein halbes Jahr post operationem habe ich Patientin wieder gesehen und dieselbe war zu meiner grössten Freude noch frei vom Recidiv.

3. Ein Kind, Sagolla, 12 Jahre, aus Dortmund, behandle ich jetzt seit etwa 1 Jahr an Lupus exulcerans et hypertrophicus der linken Wange und der Unterkinngegend rechts. Leider war hier, wie so oft, die günstigste Zeit zum operativen Handeln durch homöopathische und hydropathische Behandlung verloren; dem Homöopathen schlug schliesslich doch sein alloeopathisches Gewissen, als er keine Besserung sah und er rieth schliesslich zur operativen Behandlung. Wir führten auch hier in einer Sitzung die Excision aus trotz sehr starken Blutungen. Die Transplantation gelang in diesem Falle nicht so gut und in Folge dessen nicht zum geringsten Theile hat sich ein Ectropium des linken unteren Augenlides herausgebildet. Wir haben in diesem Falle uns vorgenommen,

zunächst zu beobachten, ob derselbe recidivfrei bleibt und dann später die Ectropiumoperation auszuführen; bis heute haben wir noch nichts von Lupusknöchen beobachten können.

Wir haben absichtlich zuerst die Krankengeschichten Revue passiren lassen und hielten es für zweckmässig, erst nachdem die objective Darstellung gegeben war, unser subjectives Urtheil über den Werth der Transplantationsmethode zu geben. Ueberblicken wir aber die immerhin nicht geringe Zahl von nach Thiersch behandelten Lupusfällen und bedenken wir, dass bei einer Reihe der mitgetheilten Fälle der Verlauf über eine Reihe von Jahren post operationem controlirt wurde, so dürfen wir hoffentlich frei bleiben von dem Vorwurf, zu frühzeitig oder zu übereilt unsere Meinung uns gebildet zu haben.

Da die operative Behandlung insbesondere des Gesichtslupus entschieden ein Grenzgebiet darstellt zwischen Chirurgie und Dermatologie, indem die Entfernung mit dem Messer eine verhältnissmässig grosse technische Fertigkeit verlangt, so ist die Behandlung des Lupus vielfach übergegangen auf den reinen Chirurgen und mit einer gewissen Berechtigung, da letzterer gewohnt ist, tagtäglich mit derartigen Schwierigkeiten zu rechnen und umzugehen und da dem Dermatologen vielfach diese chirurgische Uebung abgeht. Nichtsdestoweniger kann es keinem Zweifel unterliegen, dass der Lupus in der Hand des Dermatologen, vorausgesetzt, dass derselbe sich jene technische chirurgische Gewandtheit angeeignet hat oder aber, dass der Dermatologe in Gemeinschaft mit einem Chirurgen derart arbeitet, dass der letztere die Operation ausführt und der erstere dabei zugegen ist einmal zwecks Abmessung dessen, was zu entfernen und was zu erhalten ist, dann aber vor allem zur Leitung der Nachbehandlung, besser aufgehoben ist besonders in Hinsicht auf Erzielung eines guten kosmetischen Resultates.

Wenden wir uns nun zur ausführlichen Besprechung der operativen Technik, so unterscheiden wir zweckmässig drei Stadien, das der Vorbereitung, die eigentliche Excision und drittens die Transplantation mit Nachbehandlung.

Die Vorbereitung für die Operation bezweckt nichts wie die gründliche Desinfection des zu excidirenden Terrains, das

man zweckmässig erzielt durch Application desinficirender Sublimatumschläge etwa 24 bis 48 Stunden lang oder man reinigt und desinficirt die Stelle mit Aether, Alkohol, Sublimat in bekannter Weise. Diese Desinfection kann natürlich nur eine relative sein, denn es wird doch wohl kaum gelingen in tieferen Schichten des tuberculösen Gewebes einzudringen und es unterliegt jawohl keinem Zweifel, dass auch beim Lupus die Eitercoccen dem Tuberkelbacillus liebenswürdige Gesellschaft leisten. Sind aber die Eitererreger dabei mit thätig, so setzt das in noch kürzerer Zeit tiefer greifendere Zerstörungen; ist es aber einmal zu Exulceration gekommen, so ist die Mischinfection zwischen Tuberkelbacillus und Eitercoccus auch bald da. Wenn es auf der anderen Seite richtig, und viele Behandlungsmethoden gehen von dieser Grundidee aus, dass das Eitergift im Stande sei das tuberculöse zu vernichten, so geht für uns daraus das hervor, dass das deletäre Zusammenwirken von Tuberkelbacillus und Eitermikroorganismen in der Natur schon eine gewisse Begrenzung gefunden hat. Um nun nicht zu weit abzuschweifen, so kann die vorbereitende Desinfection nur eine relative sein, dennoch entspricht es den modernen Grundsätzen der Chirurgie, auch diese relative überhaupt mögliche Desinfection anzustreben.

Bei der Ausführung der Excision des lupösen Gewebes hat man von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen, es zu erstreben, dass möglichst die Hälfte des Fettgewebes resp. des subcutanen Bindegewebes stehen bleibt; es muss aber dabei oberster Grundsatz bleiben, alles irgendwie Verdächtige zu entfernen, möglichst den Tuberkelbacillus in seine Mäuselöcher zu verfolgen, tiefere Gänge zu spalten und vollständig frei zu legen, tuberculöse Drüsen gleichzeitig mit zu entfernen. Die Aufgabe der Excision, also der ersten operativen Sitzung ist nur dann vollständig und lege artis gelöst, wenn wir sagen können, wir haben oder wir glauben alles Tuberculöse entfernt zu haben; man darf sich dabei nicht beirren lassen, dass das kosmetische Resultat nun eventuell nicht so gut ist.

In der Mehrzahl der Fälle haben wir es, wie auch unsere Krankengeschichten zeigen, mit Gesichtslupus zu thun, und da pflegen einmal wegen des ungeheuren Gefässreichthums im

Gesicht, dann aber auch, weil im Narbengewebe — und um Narbengewebe handelt es sich beim Lupus mehr weniger in allen Fällen — die Gefässlumina venöse und arterielle, ausgespannt bleiben und sich nicht retrahiren können, Blutungen viel heftiger zu sein. Wie aber hat man sich dieser Blutungen zu erwehren? In der ersten Zeit, wo wir anfingen nach Thiersch zu behandeln, haben wir grössere Gefässe unterbunden resp. umstochen; wir sind jedoch bald zu der Einsicht gekommen, dass die Unterbindungsstellen später der Transplantation Schwierigkeiten bieten und verfahren seit etwa zwei Jahren folgendermassen. Während die lupöse Haut abgeschält wird, fassen die Assistenten möglichst alle grösseren und kleineren Gefässe mit Schiebern und Klemmen; ist die lupöse Haut abpräparirt — wir haben wiederholt in einer Sitzung die Hälfte bis ein Drittel der ganzen Gesichtshaut entfernt — so kann schon die grössere Mehrzahl von Schiebern sofort entfernt werden, grössere Gefässe werden torquirt, dann legen wir einen Jodoformgaze-Compressionsverband an, der nach drei bis vier Tagen in Narkose wieder entfernt wird; es entstehen dabei nur hie und da kleinere Blutungen, die durch Auflegen von Kochsalzcompressen leicht und bald zu stillen sind. Die Wundfläche ist dann für die Transplantation sehr geeignet. Wir halten dieses Verfahren für einfach, schonend und vor Allem sehr praktisch, haben es dabei in einer ganzen Reihe von Fällen erprobt und glauben es daher zur Nachahmung empfehlen zu können. Früher hatten wir länger bis zur Vornahme der Transplantation gewartet, es war dann Granulation vorhanden und diese musste erst durch Ausschabung wieder entfernt werden. Wir berichteten ja auch über einen Fall, wo gleich in der ersten Sitzung die Transplantation vorgenommen werden konnte; das war aber ein Lupus der Extremitäten; im Gesicht aber haben wir immer mit sehr starken Blutungen und auch Nachblutungen zu rechnen, die die sofortige Vornahme der Implantation einfach illusorisch machen.

Wir können nunmehr, nachdem das Terrain präparirt ist zur Ausführung der eigentlichen Transplantation, uns auslassen über die von uns speciell bei diesem Punkte gemachten Erfahrungen. Es unterliegt gewiss keinem Zweifel, dass die Epi-

dermislappen um so leichter und besser anhaften, je grösser dieselben sind und hierin liegt ja vor Allem der Vorzug der Thiersch'schen Transplantation vor der älteren Reverdinschen. In zweiter Linie soll man erstreben möglichst dünne Lappen zu erlangen; allerdings haften auch dickere Lappen gut an, aber je dicker dieselben sind, desto mehr stösst sich nachher von den oberflächlichsten Epidermisschichten ab; es kömmt hinzu, dass je dünner die Epidermis entnommen wird, um so leichter auch die secundär gesetzten Wunden heilen.

Das leichte Einfrieren nun der zu excidirenden Haut mit Aethylchlorid ist gewiss im Stande, ähnlich wie bei Gefrierschnitten beim Microtom uns die Operation zu erleichtern; es gelingt mit dieser Aushilfe, wovon wir uns des öfteren überzeugt haben, leicht dünne, grosse und feine Hautstücke zu erhalten; dennoch haben wir später Aethylchlorid fortgelassen, indem wir glaubten, dass nicht eingefrorene Epidermislappen leichter anwachsen und zudem gelingt es auch ohne Anwendung desselben bei einiger Uebung und einigem Geschick ausreichend grosse und passende Flächen zu erhalten. Dass der Oberschenkel und Oberarm das geeignetste Gebiet sind, dem die Lappen entnommen werden, bedarf eigentlich kaum der Erwähnung.

Wenn der Lappen aufgelegt war, so wurde zunächst durch sachten Druck mit Kochsalzcompressen dafür Sorge getragen, dass die Lappen überall dicht und unmittelbar auf der Unterfläche anlagen, mit anderen Worten, eventuelle Luft- oder Flüssigkeitsblasen entfernt. Darauf wurde der Lappen mit Dermatol bestreut, in letzter Zeit auch mit Nosophen und Airol, mit protectiv silk bedeckt und endlich mit einem Compressionsverbande abgeschlossen.

Grade in den jüngsten Monaten haben wir mehrere Fälle von Lupus der Wange etwas anders behandelt und möge diese Modification der Nachbehandlung hier kurz Erwähnung finden. Es handelt sich um folgende Fälle:

I. Fräulein Berg. Lupus der linken Wange, Recidiv, früher wiederholt nach Volkmann behandelt.

II. Frau Flasche. Lupus der linken Wange und des linken Oberarms; beide Stellen handflächengross, endlich ein thalergrosser Fleck der linken Patellargegend.

III. Frau Harrwig. Lupus der linken Wange und Unterkinngegend.

IV. Frau Wolff, 65 J. Lupus dissemin. beider Wangen, Recidiv.

V. Werner Anton, 13 Jahre. Lupus des unteren Nasendrittels, Septum perforatum.

Es handelte sich bei allen fünfen um Fälle von mittelgrosser Ausdehnung, wir werden aber wahrscheinlich demnächst bei den ausgedehnten Lupusfällen ganz ebenso verfahren; es kam uns bei diesen Kranken sehr zu statten, dass die Blutung durch minutenlange Compression sowie durch Auflegen von eiskalten Compressen bald zu stillen war; so konnte in einer Sitzung excidirt und transplantirt werden. Wir haben nun sofort, nachdem die Wundflächen mit Hautlappen bedeckt waren, die Fläche mit Jodoformgaze bedeckt und darüber einen Compressionsverband angelegt; nach acht Tagen erster Verbandwechsel und in allen Fällen tadellose überraschend gute Anheilung; wir haben dann mit einfachem Talcum nachbehandelt; es ist gewiss angenehm, bei einem Lupus schon nach so kurzer Zeit einen eclatanten Erfolg verzeichnen zu können, während alle anderen Methoden sich doch immer über mehrere Monate hinziehen; natürlich muss diese noch sehr junge und zarte Haut auch in nächster Zeit noch sehr aufmerksam behandelt und beobachtet werden, Blasenabhebung oder zu starke Granulation, wenn sich später hie und da noch eine Stelle löst, inhibirt werden.

Die erste Anleimung der Lappen erfolgt sehr bald, wenn die Lappen dicht auf der Unterlage anliegen; Theile aber, die beispielsweise im Gesicht, am Munde viel in Bewegung sind, bieten für die Transplantation grössere Schwierigkeiten und damit ist zu rechnen. Früher liessen wir den ersten Verband post Transplantationem 4 Tage liegen in dem Glauben, dass dann erst ein gutes Anhaften der Lappen eingetreten sei. Wir sind aber nach unseren Erfahrungen später dazu übergegangen, den ersten Verband vorsichtig schon nach zwei Tagen zu lösen; hat sich dann vielleicht an der einen oder anderen Stelle eine Eiterblase gebildet, die die Lappen abzuheben im Begriffe ist — und das kommt zuweilen vor — so wird dem schnell durch Anstechen der Blase Einhalt gethan. In einzelnen Fällen haben wir auch gerade mit Rücksicht auf diese Eiterblasenbildung und ihre sofortige Beseitigung offen behandelt; bei einem Falle

von Lupus nasi mit recht gutem Erfolge; dennoch halten wir es für besser in allen Fällen, nachdem aufgepflanzt worden ist, eine leichte Compression auszuüben.

Stossen sich nun im weiteren Verlaufe hie und da trotzdem Theile der Implantationen ab, und tritt die bei Lupus immer so üppige Granulation zu Tage, so haben wir uns nie gescheut, diese Granulation mit starken Höllensteinlösungen zu bekämpfen, damit von den anhaftenden Theilen ausgehend auch diese Stellen überwachsen werden konnten. Ideal wäre es ja, wenn mit einem Schlage die ganze Fläche zuwüchse, aber das ist eben nicht immer der Fall.

Wir wollen noch nachtragen, dass wir bei den Transplantationen immer Sorge getragen haben, dass die aufzulegenden Lappen auch noch bis auf die gesunde Haut reichen, es ist das ein einfaches und gutes Fixationsmittel, indem die feuchte untere Epidermisseite der Lappen fest an der Unterlage der gesunden Haut anklebt; aus denselben Gründen sorgten wir, dass die Lappen sich dachziegelförmig übereinander legten.

Beim Ausbreiten der feinen Lappen Epidermis auf der neuen Grundlage bedienen wir uns in letzter Zeit der bekannten feinen Schäufelchen, wie sie bei Verarbeitung von Microtomschnitten im Gebrauch sind; wir kommen damit besser zum Ziele wie mit Sonden.

Wenn die neu geschaffene und zu transplantirende Grundfläche recht schön trocken ist, so machten wir oft die Beobachtung, dass schon bei der Operation, also nach wenigen Minuten, ein verhältnissmässig festes Ankleben stattgefunden hat.

Haben wir kleinere Stücke Lupushaut, etwa bis zu Handflächengrösse excidirt, so gelingt es leichter eine Eiterung zu verhüten, anders bei grösseren Flächenexcisionen, wenn etwa in einer Sitzung die Hälfte des Gesichts und noch mehr entfernt wurde; es ist dann schon schwieriger vollständig aseptisch zu bleiben und es entsteht dann die Frage, wie sollen wir uns gegen diese Eiterung, die das Anhaften frischer Lappen ganz gewiss illusorisch macht, verhalten?

(Erwähnen will ich kurz an dieser Stelle, dass ich auch in einem Falle von echtem Lupus erythematosus der Nase, der zwar ganz umschrieben kaum zehnpfennigstückgross auftrat, aber trotzdem Jahre lang erfolglos mit Pflastern und Kauterisationen behandelt worden war, in kurzer Zeit eine definitive Heilung erzielte; in den meisten Fällen von Lupus erythematosus wird man ja mit schonenderer Behandlung auskommen, aber für einzelne nicht zu ausgedehnte und hartnäckige Fälle glaube ich auch die Transplantationsmethode empfehlen zu können.)

Es empfiehlt sich, in derartigen Fällen den ersten Verband schon nach kürzerer Frist, vielleicht nach 24—48 Stunden, zu erneuern; ist dann doch schon Eiterung eingetreten, so gelang es möglichst viel von dem Implantirten zu retten, wenn ein Trockenverband mit Jodoform oder Airolgaze angelegt wurde, über die Gaze Verbandwatte und comprimirender Verband; auf diese Weise gelingt es die Flächen möglichst trocken zu halten; auch die folgenden Verbände wurden möglichst oft erneuert; wie schon angedeutet, tritt nach 3—5 Tagen wieder eine neue Schwierigkeit uns entgegen in Gestalt der üppigen Granulation; es hat sich zwar nun entschieden, wie viel von den Lappen haften geblieben ist, aber wir müssen doch zu verhüten suchen, dass die Granulation nicht die anhaftenden Stellen überwuchert und um diesen Zweck zu erreichen, gibt es zwei Wege, zwischen denen wir zu wählen haben, je nachdem hinreichend oder doch nicht ausreichend im Verhältniss zu den zu überhäutenden Stellen oder Flächen haften geblieben ist: entweder nochmals nach vorheriger Ausschabung des Granulationsgewebes zu transplantiren oder durch tägliche Pinselungen mit 2—6%igen Höllensteinlösungen oder durch Application 0·5—2%igen Höllensteinumschläge für die Möglichkeit der Ausbreitung der Läppchen in der Fläche Sorge zu tragen. Wir haben wiederholt uns, je nach der Auswahl der Fälle zu dem einen oder anderen entschliessen müssen und dann doch zum Ende gute und besonders gute kosmetische Resultate erzielt; das nun hat sich uns besonders zur Evidenz gezeigt, dass Höllensteinlösungen frisch anhaftenden Läppchen nicht im weiteren Wachsthum hinderlich sind und dieselben nicht

zerstören; die Zerstörung des Argentum nitricum richtet sich nur gegen die Granulationswucherung. Wir ziehen Aetzungen mit Lösungen schon aus dem Grunde vor, weil sie den Patienten weniger schmerzhaft sind wie der Lapis in Substanz, dann aber glauben wir auch, dass der Stift der jungen anhaftenden Epidermis nicht so zuträglich ist, wie die eben erwähnten Lösungen.

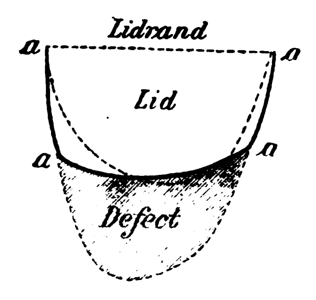
Bekanntlich neigt der Lupus, wenn er operirt ist, da es sich doch zumeist um oberflächlich gesetzte Wunden handelt, nicht so sehr zu accidentellen Wunderkrankungen; dennoch ist auch mit diesen Eventualitäten zu rechnen. Ein echtes Erysipel mit hohem Fieber zerstörte uns in zwei Fällen die Transplantationen und machte eine erneute Ausführung derselben erforderlich. Natürlich werden derartige Zufälle durch strengste Antisepsis möglichst zu vermeiden sein, vollständig lassen sich dieselben auch bei grösster peinlichster Aufmerksamkeit nicht verhüten.

Andere Uebelstände bei den Transplantationen verdienen noch erwähnt zu werden. Eine keloidartige Narbenhypertrophie kommt auch bei Transplantationen vor; wir wissen, dass eben manche Individuen aus uns unbekannten Ursachen dazu incliniren. Zu Anfang soll man, wenn derartige besonders im Gesicht entstellende Hypertrophien sich einstellen, abwarten, da sich dieselben oft noch spontan zurückbilden. In einem Falle haben wir, und wir glauben dies zur Nachahmung empfehlen zu können, die Hyperplasien nach der Mikulicz'schen Methode für Naevi entfernt und dadurch auch ein zufriedenstellendes kosmetisches Resultat erzielt.

Besonders in Fällen, wo durch das Tiefergreifen des lupösen Processes wir gezwungen waren auch tiefer zu excidiren, kann es bei gleichzeitig in der Fläche ausgedehnten Lupusfällen d. h. bei Fällen, bei denen über die Hälfte des Gesichts befallen ist und, wo die Krankheit sich nahe an die Augenlider oder an die Peripherie des Mundes heranzieht, noch mehr, wenn wir gezwungen sind, Theile der Lippen und der Lider selbst zu excidiren, zur Ausbildung eines Ectro-

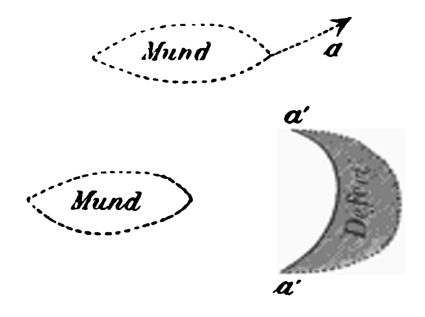
[1]) Miculicz. Chirurgische Behandlung der Hautmäler. Verhandl. des IV. Congr. der Deutschen dermat. Ges. 1894 p. 176.

piums kommen und es ist vorausgesetzt, dass wir von dem Grundsatze ausgehen, alles Tuberculöse entfernen zu wollen, eine solche Störung nicht immer zu vermeiden, ebensowenig eine Verziehung der Mundöffnung nach der einen oder anderen Richtung. Was die unteren Augenlider nun anlangt, so ist es auffällig, wie nahe man bei der Excision an dasselbe herangehen darf, ohne dass ein Ectropium entsteht. Aber, wie schon hervorgehoben, haben wir in einzelnen Fällen in Nachoperationen die Beseitigung eines sich ausbildenden Ectropiums zu erstreben. Es würde zu weit führen und zu sehr in das Gebiet der reinen Chirurgie übergreifen, wollten wir uns hier näher darauf einlassen, welche von den plastischen Operationen zu wählen sei. Wir möchten nur ein Verfahren



näher skizziren, das sich an die Thiersche Transplantationsmethode eng anschliesst, ziemlich gute Dienste leistet, sich auf ziemlich viele Fälle anwenden lässt und vor Allem den Vorzug der Einfachheit hat.

Exemplificiren wir auf ein Ectropium des rechten unteren Augenlides, so haben wir einen Schnitt zur Entspannung parallel



dem Lidrande geführt und diesen, um das Lid vollständig zu lockern, bis zu den Augenwinkeln verlängert — Linie *aaaa* — Natürlich müssen alle spannenden Stränge gespalten werden; es geht nun das Lid in seine ursprüngliche Lage zurück, die Auswärtsstülpung der Schleimhaut ist beseitigt; zur Vorsicht wurde das Lid in dieser Lage durch zwei temporäre Nähte an der Stirn fixirt, endlich sofort der Defect durch eine Thiersche Implantation gedeckt. — War die Mundöffnung etwa in der Richtung a narbig post operationem oder in Folge des Krankheitsprocesses verzogen, so haben wir in ähnlicher Weise nach der Richtung, wo die stärkste Spannung war, durch Entspannung in bekannter Weise einen Defect gesetzt, diesen dann wieder in derselben Weise nach Thiersch gedeckt.

Zur Frage von der Injectionstechnik bei der Behandlung von Syphilis.

Von

Magnus Möller,

Docent der Syph. und Derm. in Stockholm.

In einer kürzlich gemachten Mittheilung, [1]) betreffend Lungenembolien bei Injectionsbehandlung von Syphilis, kam ich zu einigen Schlüssen, von denen folgende die wichtigsten waren:

1. In der Literatur habe ich 29 Fälle von Lungenaffection zufolge intramusculären Injectionen von unlöslichen Quecksilberpräparaten veröffentlicht gefunden; selbst habe ich 28 solche Complicationen beobachtet.

2. Der klinische Verlauf ist in den bisher beobachteten Fällen in der Hauptsache übereinstimmend und bildet einen typischen, gut charakterisirten Symptomencomplex. Die Symptome sind theils local, von den Lungen: Hustenparoxysmus, Athemnoth, Stich, blutiges Sputum; theils allgemein, oder von anderen Organen: Fieber, Anämie, Mattigkeit, Albuminurie, Digestionsstörungen.

3. Bei angestellten Thierversuchen (Kaninchen) ergab es sich, dass bei intravenösen Injectionen von essigsauerem Thymolquecksilber, suspendirt in irgend einem Vehikel, regelmässig embolisch-inflammatorische Veränderungen in den Lungen entstehen. Diese werden von den grösseren Partikelchen des Präparates hervorgerufen, welche zufolge ihrer Grösse nicht die feinen Verzweigungen der Lungenarterien passiren können, sondern abfiltrirt werden, stecken bleiben und Embolien bilden. Durch die Irritation, welche sie in ihrer Umgebung bewirken, werden exsudative Processe, perivasculäre pneumonische Herde, hervorgerufen. — Die Hauptmasse des Hg-Präparates, welche aus äusserst kleinen amorphen Körnchen besteht, wird dagegen durch den Lungenkreislauf mit der Circulation weitergeführt.

4. Bei intravenöser Injection des Vehikels allein (Paraffin, Gummischleim) entstehen wohl auch Circulationsstörungen beim

---

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1896. 37. Bd. 3. H. p. 395.

Passiren des Lungenkreislaufes, indessen nur solche von unvergleichlich milderer Art: kleine capilläre Infarcte ohne Spur von den ausgeprägten Exsudationsprocessen, welche das Hg-Präparat hervorrief.

5. An den Versuchsthieren gemachte intramusculäre Injectionen von essigsauerem Thymolquecksilber bewirkten keine Veränderungen in den Lungen.

Aus diesen Befunden zog ich die Schlussfolgerung, dass, **wenn** bei Menschen nach Injection von unlöslichen Hg-Präparaten obenangedeutete Complication seitens der Lungen entsteht, diese in embolisch-inflammatorischen Processen ihren Grund hat, welche durch die in den Lungen abfiltrirten grösseren Partikeln des Injectionspräparates hervorgerufen werden. Die übrigen Symptome: Digestionsstörungen, Anämie, Mattigkeit, Albuminurie, sind als Ausdruck einer acuten Quecksilberintoxication aufzufassen, welche durch die Menge des Hg-Präparates leicht entstehen können, die auf einmal hineinkommt und mit dem Blute circulirt und wahrscheinlich in löslichen Verbindungen schnell übergeführt wird.

6. Alle meine Fälle von Lungenembolien sind bei 3—3·5 Cm. tief in die Musculatur gemachten Injectionen vorgekommen; seitdem aber das Verfahren dahin geändert worden ist, dass die Injectionen weniger tief gemacht werden, sind niemals mehr derartige Fälle vorgekommen.

Bevor ich weitergehe, muss ich mich gegen die von Hartung,[1]) einem der letzten Autoren in diesem Gegenstande, ausgesprochene Resignation bezüglich dieser Complicationen aussprechen. Nach der Erwähnung von Lungenaffection in unmittelbarem Anschluss an die Injection von Salicylquecksilber schliesst H. nämlich mit folgenden Worten: „Wir können diese Gefahr mit in den Kauf nehmen, und ich glaube, wir können es ganz ruhig bei intacten Lungen mit Rücksicht auf die grosse Seltenheit des Zufalles und den sehr bedeutenden Werth gerade dieser Form der Hydrargyrumtherapie."

Hartung's Mittheilung veranlasste Lesser,[2]) das Wort zu ergreifen. L. spricht die Ansicht aus, dass diese Fälle

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1894. Nr. 29 p. 601.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. Separatabdr.

ganz gewiss nicht so selten sind, aber wahrscheinlich oft verschwiegen werden, dass es ferner nicht richtig sein kann, „sie ruhig mit in den Kauf zu nehmen". Denn obgleich bislang kein bekannter Fall einen unglücklichen Ausgang genommen hat, so ist damit nicht bewiesen, dass nicht ein solcher eintreffen könnte. — Jedenfalls bezweifle ich, dass die Patienten, welche ganz plötzlich und unerwartet in die erwähnte, oft sehr qualvolle Situation mit ihrem Hustenparoxysmus, Seitenstechen, Athemnoth u. s. w., der tage-, zuweilen wochenlangen Arbeitsunfähigkeit, geneigt sind, die Sache „ganz ruhig" zu nehmen. Es kann nicht befremden, dass verschiedene Patienten mit Kenntniss der Gefahr, welcher sie sich aussetzten, die Injectionsbehandlung ablehnten. Gerade mit Rücksicht auf „den sehr grossen Werth dieser Form der Hydrargyrumtherapie" muss man es wohl deshalb wie Lesser für höchst wünschenswerth halten, einen Ausweg zur Vermeidung dieser mindestens sehr unangenehmen Complicationen zu finden.

Bei meinem ersten oben angeführten Punkte muss es unbedingt auffällig erscheinen, dass auf mein Los 28 solcher Fälle kommen, während die früheren Autoren auf diesem Gebiete nur wenige hierhergehörige Beobachtungen mitzutheilen hatten. Dies muss seine besondere Ursache haben.

So selten, wie man nach den Ziffern in der Literatur zu glauben versucht sein könnte, kommen diese Lungencomplicationen indessen gewiss nicht vor. Ich habe mich in dieser Beziehung theils mündlich, theils schriftlich bei fünf schwedischen Specialisten (den Doctoren Södersten in Gothenburg, Welin in Malmö, Lindholm, Kempf und Ahlström in Stockholm) erkundigt, welche alle Injectionsbehandlung der Syphilis in grösserer Ausdehnung ausgeübt haben. Sämmtlich haben sie die Auskunft gegeben, dass sie bezüglich solcher Lungencomplicationen Erfahrung haben; alle haben mir ganz charakteristische Fälle mitgetheilt, von deren genauer Wiedergabe ich indessen abstehe, weil sie alle dem nunmehr bekannten Typus folgen mit plötzlich, oft unmittelbar nach der Injection eintretendem Hustenparoxysmus, Athemnoth, Stich u. s. w. — Anderseits hat Prof. Welander mitgetheilt,[1]) dass er, mit

[1]) Svenska Läkaresällsk. förhandl. 1896 p. 200.

seiner überlegenen Erfahrung, niemals eine solche Lungencomplication bemerkt hat.

Bei Erwägung dieser anscheinend unvereinbaren Mittheilungen lag die Frage nahe, ob die Erklärung nicht in der Ungleichheit der Injectionstechnik der verschiedenen Aerzte zu suchen sein könne. Diese Annahme bestätigt ja schon meine eigene Erfahrung (Punkt 6), nach welcher verschiedene Injectionsweisen einen wesentlichen Unterschied in der Frequenz der Lungencomplication ergaben.

Die Lungenaffection kommt dadurch zu Stande, dass die Injectionsmasse in eine Vene und durch diese in den Lungenkreislauf gelangt — dies dürfte wohl in Analogie mit den Resultaten meiner Injectionsversuche an Kaninchen (Punkt 3) als erwiesen betrachtet werden können. Die Gefahr, Gefässe zu lädiren, muss natürlich in demselben Masse grösser sein, als der Gefässreichthum des zu injicirenden Gebietes grösser ist. Dies könnte deshalb zunächst ein Grund sein, den relativen Gefässreichthum verschiedener Theile des Gebietes zu untersuchen, wo die Injectionen vorzugsweise angebracht werden, d. h. die Glutealgegend.

Die Hauptgefässstämme der Glutealgegend [1] sind die Vasa glutea und Vasa ischiadica, welche das Becken durch das Foramen ischiadicum verlassen, die ersteren über, die letzteren unter dem M. pyriformis. Die Art. glutea mit den begleitenden Doppelvenen biegt sich um den oberen Rand der Incisura ischiadica major und theilt sich in zwei Hauptäste, von denen der eine sich oberflächlicher, im oberen Theile des M. gluteus maximus, der andere, tiefer, in den Mm. glutei medius und minimus verzweigt. Die Art. ischiadica ist da, wo sie an dem unteren Rande des M. pyrif. hervorkommt, von einem reichlichen Plexus mehr oder weniger grossen Venen umgeben. Die Arterie theilt sich in eine Anzahl divergirender Aeste, welche sämmtlich von Doppelvenen begleitet sind. Es lassen sich drei Hauptrichtungen unterscheiden: 1. rückwärts in den unteren Theil des M. gluteus maximus; 2. seitwärts, unterhalb und parallel mit dem unteren Rande des M. pyrif. nach den tiefen äusseren Hüftmuskeln und dem Hüftgelenk und 3. abwärts, in der

[1] Vergl. Henle. Handb. der Gefässlehre. Braunschweig 1868 p. 172.

Richtung nach dem äusseren Theile des Tuber ischii, zu den langen Beugemuskeln u. s. w. Ausser den diese Arterien begleitenden tiefen Venen gibt es subcutane Venenstämme, welche an Breite bis 3 Mm. und darüber betragen können. Sie anastomosiren mit den tiefen mitten durch die dazwischen liegende Musculatur. Der M. gluteus maximus ist sehr gefässreich. Die intramusculären Venen haben keinen constanten Verlauf und begleiten die Arterien nicht.

Um nun zu untersuchen, ob und in welchem Masse bei intramusculären Injectionen die Spritzenspitze in eine gefährliche Nähe von grösseren Gefässen kommen kann, erbat und erhielt ich Prof. Lindström's Erlaubniss, einige solcher Injectionen im Anatomiesaal des Karol. Institutes auszuführen. Die Leichen, ihrer 3, waren männlichen Geschlechtes und hatten mässige oder mehr als mässige Musculatur, waren aber ziemlich, obwohl nicht hochgradig mager. Im Anschluss an die in der Injectionstherapie gebräuchlicheren Prädilectionsstellen wählte ich für die Injectionen drei leicht bestimmbare Punkte:

I. im obersten Theile des M. gluteus maximus, ungefähr 3—5 Cm. von der Crista ilei;

II. ungefähr 2 Cm. hinter und 1 Cm. oberhalb der hinteren-oberen Spitze des Trochanter major.;

III. in dem Mittelpunkte zwischen der Spina ilei post. sup. und der unteren Fläche des Tuber ischii, 6 Cm. von der Medianlinie.

Die Canüle der Injectionsspritze war 3·5 Cm. lang. Zur Injection wurde eine Paraffinsuspension von essigsauerem Thymolquecksilber verwandt, welche sich durch ihre weisse Farbe von den umgebenden Theilen gut unterscheidet.

An den zwei letzteren Punkten wurde die Injection winkelrecht zur Hautfläche 3—3·5 Cm. tief in die Musculatur gemacht. Dies in Uebereinstimmung mit der nunmehr allgemein angenommenen Regel, die Injectionsmasse möglichst tief[1]) zu de-

[1]) „Mais surtout qu'on n'oublie pas qu'il faut piquer profondément avec de longues aiguilles de 6 centimètres et effectuer le dépôt en pleines masses musculaires" (Jullien. Ann. de derm. et de syph. 1896 p. 177). — — — „J'enfonce perpendiculairement dans toute sa longeur l'aiguille . . . j'emploie actuellement une aiguille d'une longeur de cinq ou six centimètre". (Portalier, idem, p. 300—301.)

poniren. An dem ersten Punkte dagegen in der Weise, wie ich die Injectionen jetzt stets ausführe, d. h. man ergreift eine dicke Falte von Haut und subcutanem Gewebe, parallel mit der Medianlinie und führt die Canüle in ihrer ganzen Länge schräg in der Richtung der Hautfalte tief unter die Haut und das subcutane Gewebe hinein, um das Depôt supra- oder wenigstens mehr oberflächlich intramusculär zu deponiren.

Bei der Dissection unterstützte mich der Hr. Cand. Forssner.

Nachdem die drei Injectionen auf eben angegebene Weise gemacht worden waren, wurden nach einander Haut, Panniculus adiposus und Fascia abgenommen, wonach die Muskeln bezw. Muskelbündel vorsichtig zertheilt wurden. Es ist natürlich, dass das Depot in den verschiedenen Fällen mehr oder weniger tief, ganz nach der individuell wechselnden Dicke der betreffenden Gewebelager wiedergefunden werden musste. An den drei Leichen betrugen Haut und Panniculus adiposus in keinem Falle mehr als 1 Cm.; die Fascia ist in dieser Gegend ganz schwach ausgeprägt; die Dicke des M. gluteus maximus wechselte bei den verschiedenen Leichen und an verschiedenen Stellen zwischen 2 und 3 Cm.,[1]) am dicksten ist er an den mit II. und III. bezeichneten Punkten. Haut, Panniculus und M. gluteus maximus betrugen also in keinem dieser Fälle mehr als 4—4·5 Cm. — In wesentlichen Beziehungen war volle Uebereinstimmung vorhanden zwischen den besonderen, auf analoge Weise und Stelle gemachten Injectionen. Die Resultate der drei Injectionsweisen waren kurz folgende:

I. (im oberen Theile des M. gluteus maximus; supra- oder mehr oberflächlich intramusculär). Die Injectionsmasse wurde jedesmal im M. gluteus maximus 0·5—1 Cm. von dessen Oberfläche wiedergefunden. Kein Gefäss von bemerkenswerther Grösse konnte in der Nähe des Depôts constatirt werden. Ein Ast der Vena glutea, welche noch mitten im Muskel ziemlich dick ist, könnte bei tieferer Injection vielleicht lädirt werden.

---

[1]) Henle, Handbuch der Muskellehre des Menschen, 2. Aufl. 1871 gibt an, dass der M. glut. max. „sehr mächtig (über 3 Cm.) ist". — Poirer, Traité d'anatomie humaine, T. II. fasc. p. 189 sagt vom M. gl. max., dass er „fort épais, 3 à 4 ctm. moyenne" ist.

II. (2 Cm. hinter und 1 Cm. über dem Trochanter major; winkelrecht gegen die Hautfläche tief in die Musculatur hinein). Fünf Injectionen wurden auf nahezu derselben Stelle angetroffen, Das Depot wurde in einem Falle im M. gluteus maximus nahe an dessen unterer Fläche wiedergefunden; zweimal in dem lockeren Bindegewebe zwischen diesem Muskel einerseits und dem M. gluteus medius und pyriformis anderseits; zweimal am unteren Rande des M. gluteus medius; einmal unter dem M. pyriformis im Bindegewebe zwischen diesem und dem M. gluteus minimus. Gefährliche Nachbarschaft von grösseren Gefässen war nicht vorhanden. Sobald man sich oberhalb des Troch. maj. hält, entgeht man den grössen Lateralästen der Vasa ischiadica, welche nach den Rotatoren etc. laufen.

III. (Mittelpunkt zwischen der Spina ilei post. sup. und dem unteren Rande des Tuber ischii, 6 Cm. von der Medianlinie; winkelrecht gegen die Hautfläche, tief in die Musculatur hinein). Fünf Injectionen wurden auf nahezu derselben Stelle angetroffen. nämlich unter dem M. gluteus maximus, unter dem unteren Rande des M. pyriformis, in dem lockeren Gewebe um die Vena ischiadica (oder den reichen Venenplexus, welcher sich früher oder später zu einer Vena ischiadica sammelt), an der Art. ischiadica und dem N. ischiadicus, in unmittelbarer Nähe derselben. Einmal wurde indessen die Injectionsmasse nicht an der gewöhnlichen Stelle wiedergefunden; nach einigem Suchen sahen wir bei der Lädirung eines Venenästchens höher hinauf (von der Vena glutea) zu unserer Ueberraschung einige Tropfen der weissen Emulsion durch das Lumen dieser Vene herauskommen und bei Druck auf deren Stamm noch mehrere. Wir erkannten endlich, dass die ganze Injectionsmasse in die Vena schiadica gedrungen war, von wo aus dieselbe bis hinauf in die Vena hypogastrica und deren Verzweigungen verfolgt werden konnte. Die Spritzenspitze war offenbar in das Lumen der Vena ischiadica dicht unter dem M. pyriformis hineingedrungen, wobei der Inhalt der Spritze vollständig in die Vene entleert worden war. Es ist zu bemerken, dass in diesem Falle die Vena ischiadica eine mehr als gewöhnlich breite, zugängliche Fläche darbot, deren Stamm 1·5 Cm. in der Breite mass. Ausserhalb der Vene war nirgends etwas von der Injections-

masse zu bemerken. In diesem Falle hatte es der Zufall gefügt, dass die Injection, anstatt intramusculär zu werden, intravenös geworden war.

Besonders aus diesem letzten Injectionsversuche ist zu ersehen, welch eine gefährliche Stelle für intramusculäre Injectionen der gewählte Punkt III ist. Bei einer tiefen Injection hier, mitten zwischen die Spina il. post. sup. und den Tuber ischii, 6 Cm. von der Medianlinie, richtet man nämlich die Spritzenspitze gerade gegen die Mitte des Foramen ischiadicum mit dessen reichem Venenplexus. Dieser liegt je nach den individuellen Wechslungen in Musculatur und Corpulenz, in einer Tiefe von 3, 4, 5 Cm. und zuweilen mehr. Auch andere Theile als Venen sind bei tiefer Injection auf dieser Stelle der Lädirung ausgesetzt, nämlich die grossen Arterienstämme [1]) wie auch der N. ischiadicus. [2]) Der genannte Punkt ist der gefässreichste in der Glutealgegend. Lateral von hier nach dem Troch. maj. hin, wie auch vertical, nach dem Tuber ischii hinab, riskirt man fortfahrend, wenn auch in viel geringerem Grade, mit den grossen Hauptästen der Vena ischiadica in Collision zu kommen.

Bedeutend geringer wird, auch bei tiefer Injection, die Gefahr, auf grössere Gefässe zu stossen, wenn man sich an die Theile der Glutealgegend hält, welche oberhalb einer Horizontallinie liegen, die die obere Spitze des Trochanter major tangirt.

Und wenn man endlich die Injection in oben beschriebener Weise ausführt, dass man einen dicken Wulst von Haut und subcutanem Gewebe (und Muskel bei mageren Personen) erfasst und die Nadel in ihrer ganzen Länge in der Richtung des Wulstes tief unter die Haut und das subcutane Gewebe (bei mageren Personen in den M. glut. max. hinein) sticht, so wird die Gefahr, auf Gefässe zu stossen, auf ein Minimum reducirt.

Es ist anzunehmen, dass die Entstehung von Lungenembolien voraussetzt, dass die Nadelspitze in das Lumen einer

[1]) Conf. Möller. Ueber Lungenembolien usw. Archiv. 37. Bd. 3. H pag. 419.

[2]) Mehrwöchentliche Parese des N. ischiadicus nach einer von einem Collegen gemachten Thymol-Hg-Injection habe ich im vorigen Jahre beobachtet.

Vene hineingedrungen und die Injection direct in diese gemacht worden ist. Dafür sprechen die oft unmittelbar auftretenden Symptome, vor allem der Hustenparoxysmus. Dagegen habe ich bei meinen Dissectionen keine Stütze für Langs[1]) Annahme gefunden, dass der Zutritt der Injectionsmasse zu den Venen in der Weise erfolgen kann, dass durch die Grösse des Depots eine Gewebszerreissung stattfindet und also der Injectionsmasse Gefässe geöffnet werden. Die Menge des Vehikels, natürlich innerhalb gewisser Grenzen, scheint mir eine sehr untergeordnete Rolle zu spielen. Auch wenn ein Gefäss abgerissen oder möglicherweise durchstochen werden sollte, so ist die dabei entstehende Blutung genügend, um das Eindringen der Injectionsmasse zu verhindern. Ganz anders verhält es sich, wenn man die Injection direct in ein Gefäss macht, dann ist natürlich ein Embolus die nothwendige Folge.

Und wie die Injection einmal an der Leiche intravenös erfolgen konnte, so ist sie, wie man vermuthen kann, auch an Lebenden zuweilen intravenös geschehen, und zwar vor allem an dem oft genannten, in dieser Beziehung gefährlichen Punkt III. Dann aber ist es nicht mehr schwer zu erklären, warum die Erfahrung der verschiedenen Aerzte hinsichtlich der Lungenembolien bei der Injectionstherapie so sehr verschieden ist. Dieselbe muss selbstverständlich verschieden sein je nach dem Theil der Glutealregion, welche der eine oder der andere als Prädilectionsstelle für seine Injectionen hat, wie auch nach der grösseren oder geringeren Tiefe, in welcher die Injectionen gemacht werden. Der eine Arzt wählt die Fossa retrotrochanterica, der andere den oberen Rand der Glutealmusculatur u. s. w. Ich hatte eine verticale Linie, ungefähr 6 Cm. lateral von der Medianlinie gewählt; es ist daher ganz gewiss, dass ich in dieser Linie, bei tiefen Injectionen, zuweilen habe auf den Plexus ischiadicus stossen müssen, und damit ist die Erklärung gewonnen, warum ich so oft die unangenehmen Complicationen seitens der Lungen habe sehen müssen. Nachdem ich meine Injectionstechnik dahin geändert habe, dass ich theils den oberen Theil der Glutealgegend (3—4 Injectionen auf jeder Seite in einem Bogen von innen nach aussen) wähle und anderntheils

[1]) Vorles. über Path. u. Ther. der Syph. Wiesb. 1896 p. 817.

die Injection weniger tief mache, treffen keine Lungencomplicationen mehr ein. (Die Stelle hinten — über dem Trochanter vermeide ich, weil Schmerz und Empfindlichkeit hier grösser werden und besonders bei Seitenlage in der Ruhe lästig sind).

Ich glaube, hiermit eine Weise angegeben zu haben, wie Veneninjectionen und somit Lungenembolien zu vermeiden sind. Den letzteren kann man indessen auch dann zuvorkommen, wenn man die Vorsichtsmassregel trifft, welche unter anderen von Lesser [1]) vorgeschlagen worden ist, und die darin besteht, dass man, nachdem der Einstich mit gefüllter Spritze in üblicher Weise gemacht worden ist, die Canüle festhält, die Spritze aber einige Augenblicke entfernt, bis man constatirt hat, dass kein Blut aus der Canüle herauskommt. Erst dann setzt man die Spritze wieder fest und vollendet die Injection.

Aus mehreren Gründen ziehe ich die erstere Weise vor, nämlich so viel als möglich die Nähe der grossen Gefässe und des N. ischiadicus zu meiden. Nachdem man einmal bei Versuchsinjectionen an Leichen den Venenplexus, die Arterienstämme und den N. ischiadicus von der Injectionsmasse umschwemmt gesehen hat, bekommt man einen gewissen Respect davor, die Spritzenspitze gerade gegen diese Theile zu richten.

Zu den obigen Schlüssen, zu welchen mich eine frühere Untersuchung geführt hat, kann ich also noch die drei folgenden fügen:

7. Die grösste Gefahr vor einer Veneninjection und Lungenembolien ist bei tiefer Injection an einem Punkt mitten zwischen der Spina ilei post. sup. und dem Tuber ischii, ungefähr 6 Cm. von der Medianlinie. Diese Gefahr besteht noch, aber in geringerem Grade, von diesem Punkt aus lateral nach dem Trochanter major und vertical nach dem Tuber ischii hin.

8. Weit weniger Gefahr in angedeuteter Beziehung bietet die obere Glutealgegend, oberhalb der Horizontallinie, welche die obere Spitze des Trochanter major tangirt.

9. Wenn man die Injection weniger tief verlegt (in der Weise wie oben S. 8 beschrieben), supramusculär oder in den oberflächlicheren Theil des M. gluteus maximus, so entgeht man der Gefahr vor Lungenembolien.

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1894. Nr. 39. Sep.-Abdr.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 10. März 1897.

Vorsitzender Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

S. Kohn demonstrirt

1. einen Fall von Lichen ruber planus, der bereits vor 13 und dann vor 5 Jahren Anfälle der Erkrankung hatte, die auf Arsenbehandlung heilten. Gegenwärtig besteht ein Recidiv an der Wangenschleimhaut und auch in der Kniegelenksgegend.

2. einen typischen Fall von Erythema nodosum, das seit zweieinhalb Monaten besteht.

Kaposi erwähnt, dass Lichen ruber auf der Schleimhaut schwer zu diagnosticiren ist, da daselbst alle möglichen Knötcheneffiorescenzen durch Trübung des Epithels sich gleichsehen. In diesem Falle sind jedoch die Knötchen an der Haut typisch, schwierig wird es, wenn die Affection an der Schleimhaut beginnt.

Neumann bemerkt, diese Knötchen könnten mit verstopften Schleimdrüsen verwechselt werden.

Kaposi demonstrirt ein Kind mit einer Affection, die vielleicht als Pemphigus contagiosus aufzufassen wäre. Die Mutter des Kindes brachte vor einem Monate ein 10 Tage altes, reif geborenes, jedoch hochgradig marastisches Kind, das am ganzen Körper besäet war mit erbsen- bis kreuzergrossen prallen, theils schlappen, theils auch geplatzten Blasen. K. diagnosticirte Pemphigus vulgaris et foliaceus, beziehungsweise cachecticus. Das Kind starb nach drei Tagen.

Gleich darauf erkrankte ein $2^1/_2$jähriger Knabe derselben Frau. Er zeigte am rechten Handrücken eine kreuzergrosse rothe Scheibe, die durch Austrocknung einer vorausgegangenen Blase entstanden war. Dann traten Nachschübe von gleicher Form, kreuzer- bis thalergrosse rothe Scheiben ad nates über dem rechten Hypochondrium auf, manche zeigten randständig gelbe, von einem Blasenkreis herrührende Krusten, ferner frische Blasen ad nates, mehrere schlappe Blasen, an der rechten Wange vor dem Ohre, am linken Oberschenkel, andere grössere Herde glatt überhäutet.

Gleichzeitig erkrankte ein 14monatliches Kind derselben Frau an der gleichen Affection.

Die Kinderärzte unterscheiden einen Pemphigus contagiosus neonatorum, der aber von manchen als Varicellen, Impetigo oder als Verbrühung gedeutet wurde. Es gibt auch Herpes tonsurans mit grösseren Blasen, dabei besteht aber kein ungleichmässiges peripheres Fortschreiten, sondern Bläschenbildung an der Peripherie. K. hat eine ähnliche Affection noch nicht gesehen; wenn es einen Pemphigus contagiosus gibt, müsste dieser Fall dazu gehören. Bei einem ähnlichen Falle sind einmal sehr feine Mycelien eines Pilzes dargestellt worden. Ferner hat Demme einen Kokkus in Pemphigusblasen gefunden.

Schiff hat wiederholt solche Fälle bei Kindern gesehen und sie nie anders aufgefasst, wie als etwas abnorme Formen von Herpes tonsurans.

Lang meint, es sollten die letzt erkrankten Stellen auf Pilze untersucht werden. Er hat in einem ähnlichen Falle denselben Pilz wie bei Dermatomykosis circinata gefunden. Es ist eine grosse Zahl von Fällen bekannt, in denen bei der Impetigo contagiosa statt der vesiculösen bullöse Efflorescenzen sich bildeten.

Neumann hat ähnliche Fälle gesehen, sie sind selten. Bei Impetigo contagiosa kommt eine randständige Bläschenbildung bei vollständiger Rückbildung im Centrum der Efflorescenz nicht vor. Das findet sich nur bei Herpes tonsurans. Die kindliche Haut ist empfindlicher gegen die Mycelien, daher entstehen eher Blasen.

Kaposi demonstrirt einen Fall von Lichen ruber acuminatus. Der 35jährige Patient erkrankte vor 10 Wochen, es trat eine Röthung an der Brust auf, die sich rasch ausbreitete, dabei bestand Spannungsgefühl, Frösteln, Abschuppung. Jetzt sieht man das Bild einer Pityriasis rubra pilaris (Devergie), die wohl jetzt allgemein als Lichen ruber acuminatus angesehen wird. Die ganze Haut ist diffus geröthet, blos am Thorax sind einzelne kreuzergrosse Stellen vorhanden, die vor zwei Wochen über thalergross waren, an denen die Haut ganz normal ist. Die Haut sieht ferner fein chagrinirt aus, an den Fingerrücken, am Handrücken stehen dichtgedrängte Knötchen, reibeisenartig am radialen Rande. Aehnlich ist der übrige Stamm erkrankt, am Rücken ebenfalls einzelne freie Herde mit randständigen Knötchen. Stärkerer Schuppenbelag fehlt noch, da die Erkrankung erst 10 Wochen dauert.

Lang demonstrirt einen 19jährigen Patienten, der am 17. Februar d. J. mit einer exulcerirten Sclerose im sulcus und am Bändchen neben strumatöser suppurativer Lymphadenitis inguinalis aufgenommen wurde. Gleichzeitig besteht Lichen ruber planus an der Penishaut, der in charakteristischen Knötchen gruppirt, zu Ringen oder Ovalen angeordnet ist. Auch in der linken Carpalgegend finden sich volarwärts drei Gruppen. Nebenbei schiessen schon hie und da Papeln auf.

Popper stellt vor aus der Abtheilung Lang's eine Patientin mit Syphilis maligna praecox geheilt mit Jodothyrin, welche be-

reits in der Sitzung vom 15. April 1896 mit einer Syphilis maligna praecox demonstrirt wurde. Die Kranke, welche im October 1895 mit 35 Einreibungen gegen recente Syphilis behandelt worden war, bot damals guldenstückgrosse gummöse Ulcerationen und Knoten an der behaarten Kopfhaut, sowie Geschwüre am rechten Nasenflügelrande und am Septum nasi. Unter der mit Decoctum Sassaparillae eingeleiteten Therapie besserte sich der Zustand der Kranken ursprünglich sehr rasch, doch traten sehr bald Nachschübe in Form von Knoten und Infiltraten auf, von denen viele geschwürig zerfielen. Ein Versuch, die Erscheinungen durch Verabreichung von Jodol und später von grossen Jodkalidosen zum Verschwinden zu bringen, misslang, indem bei der Patientin Erscheinungen von Jodismus, heftige Conjunctivitis, starke Rhinitis und Störungen des Allgemeinbefindens eintraten. Ebensowenig konnte der Process durch eine nach einem längeren Intervalle aufgenommene Quecksilbertherapie beeinflusst werden und musste die zweimal begonnene Injectionstherapie aufgegeben werden, da sie den Process durchaus nicht im günstigen Sinne zu beeinflussen im Stande war und die Infiltrate und Geschwüre keine Tendenz zur Heilung zeigten, vielmehr immerfort neue Nachschübe auftraten. Das Hauptaugenmerk war daher darauf gerichtet, die Kranke neben indifferenter Behandlung (Emplastr. plumb etc.) in möglichst gutem Ernährungszustand zu erhalten, was auch gelang; die Kranke ist trotz der schweren Erkrankung wohl genährt und kräftig geblieben. Trotz des guten Ernährungszustandes jedoch zeigte die Krankheit keine Rückbildung, es traten, wenn auch hie und da Involution auftrat, immer neue Nachschübe in Form von gruppirten papulös-crustösen, zum Theil auch ulcerösen Infiltraten am ganzen Körper auf. Erst durch die Verabreichung von Jodothyrin im Vereine mit grauen Pillen trat eine auffallende Besserung und nach länger fortgesetzter Verabreichung vollkommene Heilung ein.

Patientin erhielt im ganzen in der Zeit vom 1./XII. 1896 bis 4. Januar 1897 44 Gr. Jodothyrin. Der Gewichtsverlust während dieser Zeit betrug nur 30 Deka. Vom 4. Januar an wurde wegen einer fieberhaften Erkrankung durch 10 Tage hindurch jede Therapie sistirt und am 14. Januar die Verabreichung von Jodothyrin bis zum 8. März fortgesetzt, daneben erhielt die Kranke vom 2. Feber bis zum heutigen Tage graue Pillen, 3 Stück pro Tag. Die Kranke erhielt in der Zeit vom 14. Januar bis 8. März 101 Gr. in toto, 145 Gr. Jodothyrin, daneben 108 Stück graue Pillen. Während in der Zeit vom 1. December bis 4. Januar, während welcher die Kranke 44 Ggr. Jodothyrin erhielt, der Gewichtsverlust nur 30 Deka betrug, verlor die Kranke in der Zeit vom 14. Januar bis 8. März, also nach Verbrauch von weiteren 101 gr. 7½ Kg. Doch ging der Gewichtsverlust nur sehr langsam vor sich, so, dass jeden 4. Tag, beim Registriren des Körpergewichtes, nur eine Gewichtsabnahme von 30—50 Deka constatirt werden konnte.

Gegenwärtig, also nach beinahe einjähriger Dauer der Erkrankung, sind die Erscheinungen sämmtlich zurückgegangen und kann Patientin als geheilt betrachtet werden.

Lang bemerkt, man könnte meinen, dass die Erkrankung auch so gut geworden wäre. Es war die Besserung nach der Jodothyrindarreichung eine offenbare, die Ulcera reinigten sich, es traten keine neuen Infiltrate mehr auf, während bis dahin immerfort Nachschübe kamen.

Kaposi demonstrirt

1. eine 62jährige Patientin, Mutter von 4 lebenden Kindern, die aussen und innen in der Ellenbogengegend thalergrosse, im Centrum eingesunkene, blaurothe Knoten zeigt. Es handelt sich um gummöse Syphilide.

2. eine 58jährige Frau mit gruppirtem Syphilid (Syphilis corymbosa) am linken Ellenbogen und an den Rippen, entsprechend der 3. und 4. Rippe. Die Narben, welche nach dieser Affection zurückbleiben werden, dürften ähnlich sein, wie dies nach einem Herpes zoster dieser Gegend der Fall wäre. Auch über der r. Schulterregion finden sich handtellergrosse Gruppen.

Ehrmann hat an den nach einem Herpes zoster zurückgebliebenen noch hyperämischen Narben gruppirte Syphilide auftreten gesehen.

Neumann demonstrirt 1. einen 17jährigen Pat. mit Favus, der 1893 von Lang und Nobl auf der Wiener Naturforscherversammlung mit universellem Favus vorgestellt wurde. Damals bestanden entsprechend den noch vorhandenen narbigen Residuen am Stamm und Extremitäten des sehr herabgekommenen auch mit Caries behafteten Kranken massige schwefelgelbe Favusauflagerungen. Jetzt ist namentlich die Kopfhaut afficirt, an welcher ausser atrophischen Stellen auch isolirte und confluirende Favusscutula sich finden. Auch an den Oberarmen ist je ein etwa kreuzergrosses lebhaft gelb gefärbtes Scutulum vorhanden, ferner hier und am Stamme mehrfache linsengrosse, blassgeröthete, leicht abschilfernde Efflorescenzen, von denen einzelne im Centrum bereits einen gelben Punkt, das beginnende Scutulum, erkennen lassen. Die Krankheit soll seit mindestens 8 Jahren bestehen.

2. einen 32jährigen Fleischhauer aus Galizien mit ulceröser Syphilis der Nase. Die Nasenflügel hochgradig geschwellt, erisypelatös geröthet, der linke von der Wange abgetrennt, das knorpelige Septum, der untere Theil des knöchernen zerstört, die Muscheln und das gesammte Naseninnere, soweit sichtbar, von einem einzigen schmerzhaften Geschwür eingenommen, das unebenen Grund, infiltrirte Ränder zeigt. Vor 10 Jahren wurde Pat. inficirt, machte 30 Einreibungen durch, auch jetzt vor dem Spitalseintritte 50 Inunctionen.

3. den bereits demonstrirten Pat. mit tuberculösen Geschwüren der Schleimhaut der Unterlippe, des Zahnfleisches und der Zungenspitze.

4. den bereits wiederholt vorgestellten Pat. mit tuberculösem Syphilid und scorbutischen Erscheinungen. Unter Gebrauch von Sublimatbädern und Decoct. Zittmanni haben namentlich die Knoten am Kinn, am Mundwinkel bis zu Nussgrösse zugenommen, am Stamme und Extremitäten sind aus den Efflorescenzen vielfach bis kronengrosse,

flach vertiefte, scharf umschriebene schmerzhafte Geschwüre mit dickem Eiterbelag entstanden.

Kaposi demonstrirt

1. einen Fall von Actinomycose am rechten Unterkieferrande. Man findet unregelmässige, rothe Knoten, theilweise mit Krusten bedeckt, aber auch jenseits dieser Knoten die Haut derber; eigenthümlich ist die unregelmässige Configuration, auch die Consistenz, unregelmässig aus harten und weichen Partien zusammengesetzt. Die Punctionsflüssigkeit ergab charakteristische Actinomycesdrüsen. Patientin ist jetzt Puerpera, die Mamma sind also geschwollen, überdies ist aber die r. Mamma grösser, angeblich seit der vorletzten Schwangerschaft im vorigen Jahre. Die untere Hälfte derselben ist hart infiltrirt, die Haut darüber geröthet. Vielleicht handelt es sich um Actinomyces der Mamma. Die Frau hat nie auf dem Lande gelebt. Sie bekommt innerlich grosse Dosen Jodkalium, local graues Pflaster.

Rille verweist mit Rücksicht auf die actinomycotischen Tumoren an der Brust der vorgestellten Kranken auf den 1893 von ihm beobachteten Fall von Hautactinomycose, welcher, was die Form und das klinische Bild der Erkrankung betrifft, ausgenommen den später von Pringle publicirten, einzig dastehen dürfte. Es bestand, wie die vorgezeigte Abbildung ergibt, bei einer 50jährigen, sonst gesunden Frau an der oberen Rückenhälfte, dann an der Brust eine grössere Zahl umschriebener, derb teigiger, hellrother, bis guldenstückgrosser Knoten und Wülste, zum Theile in eigenartiger bogen- und kranzförmiger Anordnung. Daneben an der Schulter und den Nates über flachhandgrosse, das subcutane Gewebe betreffende, fluctuirende Erweichungsherde, jedoch ohne Perforationsöffnung, ohne Fistelgänge. Im Gegensatze zu den sonst bekannten Formen von Actinomycose, beispielsweise Kieferactinomycose waren ferner in dem durch Incision gewonnenen mehr fettig und ölig als eitrig aussehenden Inhalte der Knoten makroskopisch keine Actinomyceskörner nachzuweisen und gelang die Auffindung des Strahlenpilzes erst nach langwierigem Suchen. Ueber die Art der Uebertragung wie über die Eingangspforte war nichts zu eruiren. Die Heilung erfolgte nach 67tägiger Behandlung mit 348 Gr. Jodkalium.

Kaposi demonstrirt einen Fall von Sclerodermie. Die Patientin ist schon vor einem Jahre mit der gleichen Affection an der r. Hand demonstrirt worden. Der Fall war damals dadurch instructiv, dass die sclerotischen circumscripten Herde von einem rothen Hof umgeben waren. Diese Röthung geht der Sclerosirung voran, in anderen Fällen sieht man von derselben nichts. Seitdem hat sich die Affection bedeutend ausgedehnt, an den unteren Extremitäten beinahe diffus. An der oberen Extremität, vorne am Thorax in Herden, immer mit Voranschreiten eines rothen Hofes, der später braun wird, während das Centrum marmorähnlich wird. Dabei Ernährungszustand schlecht, Motilitätsstörung, Gelenkschmerzen.

2. eine 48jährige Frau, die über dem linken Oberkiefer einen flachbandgrossen Herd, an der Nasolabialfurche eine längliche Scheibe von sepiabrauner Farbe zeigt, nahe dem inneren Rande eine pigmentirte, narbenähnliche Stelle, im übrigen die Haut glatt, nicht schuppend, beweglich, stellenweise scheint das subcutane Gewebe doch betheiligt zu sein. In einer Lepragegend würde man an Lepra denken. Vielleicht entstand es durch ein chemisch irritirendes Medicament. Canthariden könnten eine solche bleibende Pigmentation erzeugen, oder es ist ein angeborener Naevus pigmentosus, der nun weiter schreitet. Allerdings sollte er dann dunkler und nicht so gleichmässig sein.

Neumann bemerkt, dass Pigmentirungen nach Hautreizen (Daphne, Sinapis) flach, nicht verdickt sind. Es könnte noch Lupus erythematodes sein oder eine Atrophie der Haut, wie sie mitunter mit Pigmentirung Schwellung beginnt, später hört die Pigmentbildung auf, die Haut wird atrophisch. Das wurde freilich bisher nur am Stamme beobachtet. Wahrscheinlich handelt es sich um einen Naevus.

Kaposi entgegnet, dass für Lupus erythematodes keine Symptome vorhanden sind, bei Atrophie der Haut besteht keine Pigmentirung, sondern Röthung. Es wird Sublimatalkohol aufgelegt, um die Pigmentschichte zur Ablösung zu bringen.

Kaposi demonstrirt

3. eine Patientin mit Lupus erythematodes, die ursprünglich die typische Scheibenform zeigte, welche auf Behandlung abblasste. Nach 3 Monaten sucht Pat. wieder das Spital auf und zeigt die Scheiben bedeutend vergrössert und eine neue Eruption über dem Jochbein, ebenso an den Fingern frostbeulenartig.

4. ein 15jähriges Mädchen mit elephantiastischer Verdickung der Gesichtshaut nach recidivirendem Erysipel. Die Wangen sind polsterartig aufgetrieben, die Haut glatt, etwas geröthet, die Augenlider ödematös, das linke kaum zu öffnen. Die Patientin leidet seit 3 Jahren an recidivirenden Erysipel. Die Quelle desselben ist eine Conjunctivitis pustulosa, die eine immerwährende Entzündung der Nasenschleimhaut unterhält, von der aus das Erysipel ausgeht, wahrscheinlich sind auch schon die Lymphgefässe der Haut erweitert und zur Entzündung disponirt.

Finger demonstrirt Culturen mit einem neuen electiven Nährboden für Pilze. Favus, Mikrosporon furfur, Trichophyton gedeihen sehr gut. Bacillus pyocyaneus wächst und verfärbt noch etwas, prodigiosus wächst ebenfalls, Staphylococcus, Streptococcus gedeihen jedoch nicht und aus einer Mischung derselben mit Pilzen gehen bloss die letzteren auf. Der Nährboden enthält Hautpulver und Agar. 5 Gramm Hautpulver (von Rindshaut gewonnen in Droguerien käuflich) werden mehrere Stunden in 100 Gramm Wasser macerirt, mehrere Stunden gekocht, mit 2 Gr. Agar eine Stunde gekocht und filtrirt. Der Nährboden erstarrt sehr gut, ist durchsichtig, so dass auf Platten unter dem Mikroskop studirt werden kann.

Rille macht Mittheilung über einen von ihm versuchten, ähnlich hergestellten Nährboden. Zu demselben wurde aber nicht thierische,

sondern menschliche Haut und zwar sowohl solche von Cadavern als auch „lebende“ Haut verwendet, letztere gewonnen durch Circumcision der Vorhaut, welche sofort nach der Operation in physiologische Kochsalzlösung eingelegt und dann zu dem Nährmateriale weiter verarbeitet wurde. Nur im Anschlusse an die eben gemachten Ausführungen Finger's bringt R. den Gegenstand zur Sprache; hierüber gleichwie über die mit diesem Nährboden von ihm unternommene Reinzüchtung des Bacillus des venerischen Geschwüres soll demnächst berichtet werden. Rille erwähnt noch, dass der von ihm angegebene Nährboden gegenüber dem von Finger den Vorzug der grösseren Durchsichtigkeit besitze.

Sitzung vom 24. März 1897.

Vorsitzender: Kaposi. Schriftführer: Spiegler.

Kaposi demonstrirt das von Freund vor etwa 2 Monaten vorgestellte Mädchen, bei dem durch Behandlung mit Röntgenstrahlen die Haare eines ausgebreiteten Naevus pilosus zum Ausfallen gebracht wurden. An den belichteten Stellen war nach etwa 14 Tagen eine erythematöse Entzündung aufgetreten, wenn auch nicht an allen Stellen. K. hatte sich damals dahin ausgesprochen, dass die Wirkung der X-Strahlen ähnlich wie bei der Insolation den chemisch wirkenden ultravioletten Strahlen zuzuschreiben sei, welche eine Hyperämie und später eine dauernde Parese der Gefässe veranlassen. Während jedoch die Sonnenstrahlen mehr die oberflächlichen Gefässe beeinflussen, machen die X-Strahlen mehr ihre Wirkung auf die tiefliegenden Gefässe um die Haarpapillen und Talgdrüsen geltend, daher tritt das Erythem in den oberen Partien der Cutis erst nach einiger Zeit auf. K. vermuthete, dass, wenn die Gefässe ihren Tonus wieder erhalten würden, auch wieder normale Haarbildung stattfinden werde. Thatsächlich sind die Haare am Hinterhaupte alle nachgewachsen. Ueberdies wurde am Rücken vom 8. Rückenwirbel bis zur Crena nie die Haut gleichmässig gangränös, ein Effect, der vielleicht auf eine Alteration der Eiweisssubstanzen des Gewebes zurückzuführen ist.

Freund möchte sich die genaue Mittheilung der betreffenden Daten und Beobachtungen für eine spätere ausführliche Darstellung des Krankheitsverlaufes vorbehalten. Er bemerkt nur, dass die nekrotischen Partien länger belichtet wurden als die Stelle am Nacken. Die Nekrose besteht erst seit etwa einer Woche. Bis dahin bestand nur eine ganz oberflächliche Excoriation, welche allerdings sehr hartnäckig jeder therapeutischen Beeinflussung widerstand.

Neumann bemerkt hiezu, dass aus der letzten Zeit zahlreiche Publicationen über nachtheilige Wirkung der Röntgenstrahlen vorliegen. Dies demonstrirt eine Illustration von Crooker, in welcher ein schwer heilendes Geschwür nach bloss einstündiger Belichtung resultirte. In einem anderen Falle entstand ein handtellergrosses Geschwür im Epigastrium nach ein-

maliger Durchleuchtung wegen Nierensteinen. Ferner beobachtete man Exfoliation der Haut und Ausfall der Nägel bei Demonstratoren der X-Strahlen. Der Haarausfall ist nicht constant. Es ist also eine gewisse Vorsicht bei Anwendung der X-Strahlen geboten.

Nobel demonstrirt aus der Abtheilung Grünfeld einen Fall von perniciöser Lymphodermie. Es besteht bei einer Frau eine diffuse erythematöse Röthung im Gesicht, Nacken, sich ausbreitend bis über die Brust, theils in Form von Scheiben, theils confluirend. Die Haut fühlt sich derber, teigig an, an den Extremitäten erscheint sie satinartig. Besonders deutlich ist die Verdickung der Haut des Gesichtes, da die Plumpheit der Hautfalten demselben einen morosen Ausdruck verleiht. — Starkes Jucken stört der Patientin die Nachtruhe, sie ist auch in der Ernährung sehr heruntergekommen. Es könnte sich um ein toxisches Erythem handeln, wie es bedingt wird durch Toxine, die von irgend einem versteckten Krankheitsherd, einer Pleuritis, einer Abdominalerkrankung ausgehend direct die Haut oder die vasomotorischen Centren reizen. Dafür ist kein Anhaltspunkt zu finden. Es dürfte sich demnach um eine perniciöse Lymphodermie (Kaposi) handeln, die zunächst Röthung, dann Infiltration der Haut erzeugt, später Hyperplasie der Lymphapparate. Es besteht auch bei der Patientin Hyperplasie besonders der Leisten- und Cubitaldrüsen.

Kaposi erinnert daran, dass dieselbe Patientin bereits am 14. Nov. 1896 von ihm vorgestellt wurde. Die damals bestandene starke Hyperhidrosis und Schmerzhaftigkeit haben sich verloren.

Grosz demonstrirt aus der Abtheilung Mraček einen Fall von luetischer Neuritis multiplex. Die Pat. war im vorigen Jahre wegen einer Sclerose mit folgendem Exanthem behandelt worden. Im Februar d. J. kam sie wieder mit Papeln am Genitale und an den Analfalten und einer blassen Roseola am Stamme. Ferner bestand Vertaubungsgefühl am 4. und 5. Finger der l. Hand, sowie reissende Schmerzen. Die Untersuchung ergab, dass die Motilität vollständig erhalten sei, Muskelatrophie bestand nicht, dagegen ein Sensibilitätsmangel für alle drei Empfindungsqualitäten, ferner starke Druckschmerzhaftigkeit im Gebiete des Ulnaris sowie auch spontane nächtliche Schmerzen. Reflexe normal. Nach 8 Tagen entwickelte sich auch rechts die gleiche Sensibilitätsstörung, überdies auch Hyperästhesie im Bereiche des Oberarms, wo auch verlangsamte Leitung der Empfindungsqualitäten sich nachweisen liess. Die elektrische Untersuchung ergab völligeUnerregbarkeit für den faradischen Strom im Adductor policis und den tiefen Muskeln der Hand, für den galvanischen Strom Entartungsreaction. Ebenso bestand im Gebiet des rechten Peroneus totale Anaesthesie, der Nerv ist druckempfindlich. Es handelt sich also um eine multiple Neuritis, u. zw. die sensible Form derselben. Bezüglich der Aetiologie lässt sich Tuberculose, Alkohol, Bleivergiftung, Infectionserkrankung anderer Art ausschliessen, es handelt sich also wohl um eine Neuritis luetischen Ursprungs. Auffallend ist das Zusammenfallen mit dem Luesrecidiv. Singuläre Neuritis ist in

Frühstadien der Lues nicht selten, multiple dagegen wurden selten beobachtet. Am ähnlichsten ist dem demonstrirten Falle ein von Ehrmann publicirter. Für den luetischen Ursprung sprechen auch die nächtlichen Schmerzen und die Besserung auf mercurielle Behandlung.

Ehrmann hat eine Reihe von derartigen Neuritiden in der medicinischen Wochenschrift publicirt. In einem Falle schloss sich daran progressive Paralyse mit tabischen Symptomen. In anderen Fällen wurde Pachymeningitis luetica im Ansschlus beobachtet. Auch Charcot machte auf diese Formen von ascendirender Neuritis aufmerksam.

Ehrmann demonstrirt einen Fall von Lichen scrophulosorum. An einem Hautstreifen am Rücken vom 5. Halswirbel abwärts finden sich Knötchen in eigenthümlicher Anordnung in Gruppen und Scheiben.

Wappner demonstrirt aus der Abtheilung Grünfeld ein gummöses Geschwür der Zunge. An der Zungenspitze findet sich ein dreieckiger Substanzverlust mit scharfen Rändern, etwas belegter Basis, die Umgebung des Geschwürs ist bläulich verfärbt excoriirt. Es ist zu entscheiden, ob es sich um ein Gumma oder Carcinom handelt. Da die Affection erst seit 4 Wochen besteht, 1891 der Pat. mit einem Primäraffect, 1893 mit palmarem Syphilid behandelt wurde, seine Frau von ihm inficirt wurde, handelt es sich gewiss um ein Gumma. Pat. hat keine Allgemeinbehandlung durchgemacht.

2. ein Erythema multiforme. Vor 5 Tagen erkrankte Pat. unter Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Es traten zuerst am Unterschenkel, jetzt auch an den Oberschenkeln zahlreiche im Centrum etwas cyanotische, in der Peripherie heller rothe kleine Knötchen auf.

Kaposi demonstrirt einen Fall von idiopathischer Atrophie der Haut. Dieselbe tritt in der Regel bei erwachsenen Individuen in vorgerückterem Alter an einer oder beiden unteren Extremitäten auf, selten auch an den oberen Extremitäten und am Gesicht. Es kommt zu allmäliger Atrophie der Haut unter Auftreten von Teleangiectasien. Zuletzt erscheint die Haut eigenthümlich gerunzelt wie zerknittertes Cigarettenpapier.

Der vorgestellte Fall zeichnet sich gegenüber der sonst chronischen Entwicklung durch den rascheren Verlauf aus. Die Erkrankung begann im Juni vorigen Jahres damit, dass die Haut der Flachhand sich röthete, anschwoll, schuppte. Ende November breitete sich der Process rapid über die ganze Haut aus. Der Pat. war vor einem Monate am ganzen Körper krebsroth, Hand- und Fussrücken waren polsterartig angeschwollen. Dabei die Haut gefeldert mit grossen unregelmässigen Linien. An den Rändern der Felder hob sich die Epidermis ab wie bei Ichthyosis serpentina. Mitten drin fanden sich Stellen an denen die Haut verdünnt schien. Dabei starke Anschwellung der Submaxillardrüsen, Achsel- und Pectoraldrüsen, Jucken, Schlaflosigkeit, Abmagerung, Gewichtsverlust 17 Kg. Jetzt sind die Hände und Füsse abgeschwollen, ebenso die Submaxillardrüsen. Seit 8 Tagen besteht an der rechten inneren Vorderarmfläche

eine über guldengrosse, atrophische weisse Stelle, die an Lepra erinnert. Doch ist die Sensibilität normal. Nach ihrer acuten Entwicklungsweise wären diese und ähnliche Fälle als Dermatitis atrophisans am besten zu benennen.

Neumann bemerkt, dass die wenigen bisher bekannten Fälle nicht in allen Punkten übereinstimmen. Was jedoch allen gemeinsam ist, das ist die Felderung der Haut, die zerknittertem Cigarettenpapier ähnliche Haut, die Schüppchen, die im Centrum haften, peripher abgelöst sind, die weissen atrophischen, die dunkelrothen jüngeren Stellen. Auf die histologischen Verhältnisse soll demnächst zurückgekommen werden.

Lang hat einen ähnlichen Process circumscript im Gesicht beobachtet. Es bestand monatelang eine circumscripte Röthung im Gesicht, allmälig wurde die Stelle atrophisch.

Neumann entgegnet, dass dies der erste Fall wäre, in dem die Erkrankung im Gesicht begonnen.

Neumann demonstrirt

1. einen 36jährigen Patienten mit aphthösen Geschwüren am Scrotum und Penis. Bei der Aufnahme am 15. März 1897 bestanden dichtgedrängte stecknadelkopf- bis linsengrosse Substanzverluste, meist einzeln, theilweise auch confluirend, mit weisslichgelbem festhaftendem Belage. Der Rand nirgends unterminirt, doch lebhaft geröthet. Eine ähnliche Efflorescenz bestand an der linken Tonsille. An dieser hat die Zahl der Efflorescenzen zugenommen, dagegen sind diejenigen am Genitale bei indifferentem Verbande (1% Carbollösung) innerhalb 4—5 Tagen vollständig überhäutet. Im Penoscrotalwinkel rechts lassen sich noch schiefergraue circumscripte Ueberhäutungsstellen nachweisen. Leistendrüsen von normaler Grösse. Im Geschwürseiter Staphylococcen, auch gezüchtet.

2. einen 49jährigen Patienten mit ausgedehntem Lupus vulgaris der Gesichtshaut. Die Nase der ganzen Ausdehnung nach, ferner beide Wangen, ein Theil der Augenlider, die linke Ohrmuschel sind afficirt. Nur an der Peripherie umschriebene Knötchenbildung. Der Patient wurde schon vor 40 Jahren an F. Hebra's Klinik an der gleichen Affection behandelt.

3. einen 23jährigen Patienten mit Lupus vulgaris der Nase, Oberlippe und der Mundschleimhaut. Die Nasenflügel verdickt, dadurch die Nase breiter, an der Nasenspitze und den Nasenflügeln einzelstehende und confluirte Lupusknötchen, am Rande des rechten Nasenflügels eine ulcerirte, drusig unebene, von einer Borke bedeckte Fläche, die sich ins Naseninnere erstreckt, das rechte Nasenloch verlegt, das linke verengt. An der Mundschleimhaut analoge Veränderungen. Krankheitsdauer 7 Jahre.

4. einen 40jährigen Patienten mit ausgebreitetem papulopustulösem Syphilid namentlich des Gesichtes und der Kopfhaut. Daselbst dichtgedrängte, kupferrothe Knoten, an den Unterschenkeln sind die Efflorescenzen theilweise geschwürig zerfallen. Am Vorhaut-

rande noch eine frische über kreuzergrosse Narbe nach dem Primäraffect. Krankheitsdauer 4 Monate.

5. einen 26jährigen Kaufmann mit gruppirtem pustulösen Syphilid. An den oberen und unteren Extremitäten, am Rücken, namentlich in der Lumbalgegend und ad nates vielfache, etwa kreuzergrosse Gruppen confluirender stecknadelkopfgrosser livider und braunrother mit Pusteln und Pustelresten versehener Efflorescenzen, ähnliche auch am Scrotum und an der Penishaut. Am linken Unterschenkel zu flachhandgrossen diffusen Plaques confluirt. Am Halse beiderseits derbe Lymphdrüsenpakete. Krankheitsdauer $1^1/_2$ Jahre. Bisher über 170 Einreibungen. Ausgedehnte Alopecia areata der Kopfhaut.

6. einen 20jährigen Kutscher mit diphtheroid belegten breiten Condylomen an der Afterkerbe und am Perineum (bei der Aufnahme auch am Scrotum und Penis), Papeln im Munde, orbiculäres, schuppendes Syphilid an der Stirne und behaarten Kopfhaut. Trotz ausreichender Behandlung (8 Injectionen von Oleum cinereum auf der Abtheilung Lang) ist in kurzer Zeit ein weit verbreitetes Recidiv aufgetreten.

7. Drei Fälle von Psoriasis vulgaris. Der erste Patient, 25jährig, stand im Juli und August vorigen Jahres auf der Klinik N.'s in Behandlung (22 Injectionen Sol. Fowleri und Theerbehandlung). Nach der Entlassung bald Recidiv, jetzt ziemlich allgemein, an den Streckflächen der Extremitäten infiltrirte, stark schuppende Plaques. An der Innenseite der Oberschenkel, Leisten, mons Veneris, Genitale eine einzige dunkelrothe schuppende Fläche, auch die obere Brusthälfte in der gleichen Weise diffus befallen.

Der zweite Patient zeigt die Affection namentlich im Gesichte.

Der dritte, ein 24jähriger Fleischhauer, leidet seit 2 Jahren an Psoriasis, ebenso sein Vater, Bruder, Schwester. Bei ihm bestand ausgedehnte Psoriasis nummularis an Stamm und Extremitäten nebst grossen Plaques am Ellenbogen. Nach 3maliger Application einer 10% Pyrogallussalbe schwanden die Efflorescenzen mit Hinterlassung brauner Pigmentirungen, allerdings trat eine universelle Dermatitis und leichte Albuminurie auf.

Im Anschlusse an die jüngst erschienene Arbeit von Kuznitzky verweist Neumann auf die demonstrirten Patienten, welche robuste, gesunde, durchaus nicht nervöse Individuen sind. Es ist nicht ausgeschlossen, dass ein Psoriatiker an den verschiedensten inneren Leiden erkranken könne. Arthropathien kann N. nicht als charakteristisch ansehen. An Schleimhäuten kommt Psorissis nicht vor, höchstens am Lippenroth. Histologisch ist sicher die Hyperämie das primäre, wie der Arbeit des Vortragenden zu entnehmen ist. Dass es sich um einen angioerethischen Vorgang handle, ist vorläufig unerwiesen. Auch für Rückenmarkserkrankung ist bisher kein Beweis geliefert, und müssen andere Gründe angeführt werden, wenn über das Wesen der Psoriasis Klarheit gebracht werden soll.

Rille demonstrirt:

1. eine 22jährige Prostituirte mit seit 7 Jahren bestehender, fast continuirlich recidivirender maligner Syphilis, 1890 Primäraffect an der Vaginalportion, damals 10 Injectionen Ol. cinereum auf der Abtheilung Lang und von September 1891 bis April 1892 im Wiedener Krankenhause 49 Einreibungen, 45 Sublimatbäder, 200 Gr. Jodkalium und Decoctum Zittmanni. Bald darauf auf der Klinik Neumann 12 Sozojodolquecksilberinjectionen, 4 Sublimatbäder. Damals bestanden multiple ulcerirte Gummen an Stamm und Extremitäten, ferner ein nahezu flachhandgrosses, bis auf die Musculatur greifendes Geschwür an der linken Wade, das nach mehrmonatlicher Dauer durch Totalexstirpation und Transplantation nach Thiersch seitens Prof. Lang's geheilt wurde. Gegenwärtig bestehen am Fussrücken und den Unterschenkeln zerfallene Gummata, Syphilis der Nase mit Verlust des Septum, zahlreiche charakteristische Gummanarben an Stamm und Extremitäten.

Lang hebt hervor, wie gut die Transplantation auf dem Muskel gehalten habe.

2. eine 28jährige Patientin mit seit 4 Jahren bestehender Syphilis. Am Rücken zwei über thalergrosse Gruppen confluirender kupferrother Tubercula cutanea, theilweise zerfallend oder mit Narbenbildung schwindend. Ferner an vielen Stellen scheibenförmige, gruppirte, hellweisse oder blassbraun pigmentirte Narben nach ulceröser Syphilis. Es bestehen heftige Kopfschmerzen, periostale Auftreibungen an der Stirne, Olecranon, der r. Clavicula. Die erste Erkrankung 1893, Exanthem, 12 Einreibungen, im selben Jahre Abortus im sechsten Monate. Schon im Jahre darauf ulceröses Syphilid mit mehrfachen Recidiven, auch Gummen im Pharynx und schmerzhafte periostale und ostitische Erscheinungen. Die bisherige Behandlung bestand in 30 Einreibungen, dazwischen Jodkalium, Decoctum Sassaparilles, Jodquecksilberhaemol.

Kaposi demonstrirt einen Fall von Eczema papulosum bedingt durch Schwefelsalbe, die gegen Scabies gebraucht wurde. Es besteht ein sehr dicht gesäetes Exanthem von der Mammillarlinie bis auf den Oberschenkel übergreifend, an den Beugen der Arme, am Rücken, das aus hirsekorngrossen und grösseren lebhaft rothen, unter dem Fingerdruck abblassenden Knötchen besteht. Hie und da finden sich Quaddeln, am Ellenbogen rechts und an anderen Stellen Krusten. Viele der Knötchen sind in Kreisen angeordnet. Anderswo würde dafür die Bezeichnung Lichen figuratus gewählt werden. Die kreisförmige Anordnung ist jedoch einfach darauf zurückzuführen, dass bei Leuten, die zu Folliculitiden neigen, die Follikel am stärksten durch chemisch wirkende Salben gereizt werden. Da die Follikel nun in Kreisen angeordnet sind, so entstehen daraus die Kreisformen der Exantheme. Wir würden also einfach sagen Eczema folliculare, vielleicht noch figuratum.

Neumann bemerkt, dass, was wir Lichen nennen, anatomisch und klinisch ganz etwas anderes wie die in Rede stehenden Knötcheneruptionen sind. Bei Kindern und anämischen Individuen gibt es papulöse Ekzeme, wo die einzelnen Knötchen nicht Uebergangsformen zum

Bläschen darstellen, sondern längere Zeit bestehen und gruppirt sind. Sie sind auch meist mit Borken bedeckt, zeitweise nässend und verursachen Jucken.

Kaposi demonstrirt ferner einen Fall von Sycosis parasitaria des Handrückens. Es entwickelte sich bei einem Kutscher eine Geschwulst an dem linken Handrücken über 2 Thaler gross, von einem Epidermissaum umgeben, dicht besetzt von stecknadelkopfgrossen und grösseren zapfenförmig vorragenden Knötchen, die an der Spitze geöffnet sind, eine eiterähnliche Flüssigkeit secerniren. Nur an wenigen Stellen ist die Haut glatt nässend, sonst honigwabenartig durchlöchert von dichtgedrängten Pusteln.

Kaposi hat mehrere ähnliche Fälle bei Fiakerkutschern und Wagenwaschern gesehen. Es handelte sich stets um eine Dermatitis mit acuter papillärer Wucherung an der Hand, die sehr hartnäckig der Behandlung durch Aetzmittel Widerstand leistet, erst gut wird, wenn alles auf einmal mit dem scharfen Löffel abgeschabt wird. Es ist histologisch wie eine Vorstufe von Carcinom.

Bei dem demonstrirten Patienten handelt es sich um einen Herpes tonsurans mit acuter Folliculitis, also Sycosis parasitaria. In dem eiterähnlichen Secret konnten Pilze anfangs nicht gefunden, liessen sich auch nicht cultiviren, erst bei sehr genauer Untersuchung fanden sich Pilze im Ausstrichpräparat und in Cultur. (Demonstrat der Präparate und Culturen.)

Mraček hat einen ähnlichen Fall in jenem Stadium gesehen, in dem die Stichelung zu sehen war, als eben die Bläschen geplatzt waren. M. hatte ebenfalls eine Pilzerkrankung diagnosticirt.

Ullmann hat in seiner Publication über Trichomykosen einen ähnlichen Befund bei einem Kutscher erwähnt, die Pilze liessen sich mühelos im Eiter züchten. Die histologische Untersuchung musste unterbleiben, da der Patient nicht wiederkam. Die Affection kommt auch an der Vola manus vor. Daselbst ist sie einem Ekzem ähnlich, besteht monatelang, ohne zu Eiterung zu führen. Das beweist die Richtigkeit der Ansicht, dass die für die Configuration der Trichophytie mehr der Ort, an dem sie sich localisirt, in Betracht kommt als die Virulenz der Pilze. Im festeren Gefüge der Haut an der Vola entwickelt sich die Affection anders wie an anderen Stellen.

Die Schwierigkeit der Cultivirung der Pilze ist darauf zurückzuführen, dass die Pilze in den tiefen Schichten der Haut ihre Virulenz verlieren. Man sieht mitunter auch, wie ein Faden gegen die Tiefe zu seine Form ändert, seine Färbbarkeit verliert.

Lang hat eine solche parasitäre Sycosis einmal bei einem haarigen Menschen an der Vorderfläche des Unterschenkels gefunden. Dass trotz eifrigen Suchens keine Pilze gefunden werden, kann jedem einmal passiren. L. hat die Anschauung gewonnen, dass besonders bei den acuten Formen, die mit Eiterung einhergehen, die Pilze rascher zu Grunde gehen.

Rille erwähnt einen analogen Fall aus der Klinik Neumann. Der Patient, kein Kutscher, zeigte am linken Handrücken ein thalergrosses derartiges Infiltrat mit Pusteleruption und siebförmig durchlöcherter Oberfläche. Trotz der negativen Pilzuntersuchung blieb R. bei der Diagnose Herpes tonsurans. Damit identisch ist wohl auch das von Leloir als „Perifolliculites suppurées et conglomerées en placards“ beschriebene Kranheitsbild, wie die seiner Publication (Annales 1884) beigegebene und den in Rede stehenden Fällen völlig entsprechende Abbildung ergibt, obwohl Leloir ausdrücklich hervorhebt, niemals Pilze gefunden zu haben.

Kaposi demonstrirt

1. einen Cancer en cuirasse der Mamma bei einem Manne.

2. einen Fall von Bromakne bei einem Mädchen, das in Folge Genusses von Bromkalium erkrankte. An der Hinterseite des Oberschenkels pfennig- bis flachhandgrosse scharf begrenzte drusige Geschwülste, theils Krusten theils Pusteln tragend. Ringsum stecknadelkopfgrosse Pusteln mit entzündlichem Hals. Es ist fraglich, ob auch die frischen Knötchen eine Bromacne darstellen, sie können auch von einem äusserlich applicirten Medicament herrühren. Die eigentlichen Efflorescenzen der Acne sind die Plaques.

3. den in der vorigen Sitzung demonstrirten pigmentirten Naevus im Gesichte. Eine Naphtolschwefelpaste hatte keine Wirkung. Es wurde durch Application von 1% Sublimat die Epidermis entfernt, es wird sich zeigen, ob das Pigment wiederkehrt oder nicht.

4. Lupus an der rechten Ohrmuschel, der freie Rand derb teigig, im Uebrigen sich sulzig anfühlend.

Mraček demonstrirt einen Fall von Erythema bullosum toxicum anschliessend an einen in der Gesellschaft 1893 demonstrirten Fall von toxischem Erythem. Der Patient erkrankte am 15. März. Es traten kleine wasserhelle Blasen auf zuerst an den Achselfalten, den Carpalgelenken, der Beugeseite der Vorderarme. Dabei heftiges Jucken, Hitze- und Kältegefühl. Die Flecken und Blasen wurden grösser, neue kamen allenthalben hinzu.

Bei der Aufnahme zeigte Patient im Gesicht, namentlich am Kinn, am Halse, Thorax, Bauch, Rücken, oberen und unteren Extremitäten stecknadelkopf- bis kronengrosse blassrothe, etwas erhabene kreisfömige Efflorescenzen, unter dem Fingerdruck abblassend, gelbliche Tingirung hinterlassend. Am Thorax, der Aussenseite der Oberarme sind sie zu unregelmässigen Herden confluirt. In der Mitte vieler Efflorescenzen eine Borke von eingetrocknetem Blut. Ferner finden sich zahllose, auf rothem Grunde sich erhebende Blasen von Grieskorn- bis Bohnengrösse mit klarem Inhalt, die grossen prall gespannt, manche geplatzt, die Basis mit eingetrocknetem Secret bedeckt. In der linken Schlüsselbeingegend dicke, hämorrhagische Krusten. Am Rücken überwiegen die zuerst beschriebenen Formen, Bläschen sind seltener, drei Blasen haben hämorrhagischen Inhalt. Ganz frei sind Vola manus, beide Unterschenkel,

planta pedis. Mund- und Rachenschleimhaut. Gelenke, Muskeln frei, im Harn Spuren von Albumen und Nucleoalbumin. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes und Blaseninhaltes gibt negatives Resultat. Je 1 Ccm Blaseninhalt weissen Mäusen injicirt, bleibt wirkungslos. Am 22. d. M. trat Fieber auf, viele Blasen zeigten eitrigen, andere hämorrhagischen Inhalt. Nach den geplatzten Blasen bleiben zahlreiche oberflächliche Substanzverluste zurück. Therapie: Bad Borsalbe.

Sonntag Mittag, am Tage vor der Erkrankung, ass Patient Schweinsbraten, am Abend Würstel, befand sich aber darnach ganz wohl. Der Appetit war während der ganzen Zeit gut, Stuhl regelmässig.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 2. März 1897.

Vorsitzender: Lassar. Schriftführer: Joseph.

I. Bruck stellt einen Patienten vor, der vor ungefähr 4 Monaten mit heftigem, über den ganzen Körper verbreitetem Jucken erkrankte. Naphtholsalbe und Perubalsam waren damals ohne Wirkung. B. hat den Patienten erst vor 14 Tagen zum ersten Male gesehen. Abgesehen von kleinsten, Stecknadelkopf grossen hellrothen Knötchen waren keine Primärefflorescenzen sichtbar; nur befanden sich tiefdunkle Pigmentflecke am Stamm und Extremitäten zerstreut. Ausserdem war ein beträchtlicher Ausfall der Kopf- und Barthaare, sowie eine ziemlich universelle Anschwellung der Drüsen zu constatiren. Zum Beginn seiner Erkrankung hatte Patient eine Gonorrhoe und eine Phimose, die gespalten wurde. Ein Primäraffect war damals nicht beobachtet worden. Was die Diagnose betrifft, so muss man zuerst an Lues denken, indessen das hochgradige Jucken spricht dafür, dass es sich um etwas anderes handelt.

Joseph schlägt vor, zur Feststellung der Diagnose eine Inunctionscur einzuleiten.

Rosenthal spricht sich dahin aus, dass Syphilis vorliegt. Das Jucken würde nicht gegen das Vorhandensein derselben sprechen; es wäre aber möglich, dass demselben eine besondere Ursache zu Grunde liegt.

Bruck erwähnt, dass er dem Patienten vor 14 Tagen Arsen mit gutem Erfolg gegen das Jucken gegeben hat. Ferner bestand eine starke Schuppenbildung auf dem Kopf, welche sich auf Schwefelsalbe bedeutend gebessert hat.

Saalfeld ist der Ansicht, dass es sich um Lues und Lichen ruber planus handelt.

Bruck erwidert, dass nirgends charakteristische Knötchen von Lichen ruber planus zu sehen waren.

II. Gerson stellt eine 42jährige Patientin vor, welche seit ihrer Pubertätszeit an schmerzhafter Menstruation leidet. Zu gleicher Zeit zeigte sich ein Hautleiden, welches sich dadurch charakterisiert. dass im Frühling und Sommer bei warmem Sonnenlicht eine intensive, erysipelatöse Schwellung der unbedeckten Körpertheile, d. h. des Gesichts und der Hände, verbunden mit initialen Schüttelfrösten und starkem Fieber, auftritt. An den Ohren entwickeln sich innerhalb 3—4 Stunden oft kinderfaustgrosse serumhaltige Blasen, ebenso kleinere auf Lippen und Wangen. Im Winter ist das Exanthem nie vorhanden; nur während der Menstruation zeigen sich an der Stirn einige kleine Krusten. Ein Ausbruch ist nur durch vereinte Einwirkung des Lichtes und der sommerlichen Wärme zu beobachten. Zur Aetiologie möchte G. anführen, dass nach seiner Ueberzeugung die chronische Genitalaffection eine Disposition der unbedeckten Theile zu erysipelatösen Schwellungen hervorruft, zu deren Ausbruch der Reiz des Sonnenlichts nothwendig ist. Therapeutisch ist bisher noch kein Erfolg erzielt worden.

Joseph fragt, ob zur Zeit der Eruption eine paroxysmale Hämoglobinurie besteht.

Gerson erwidert, dass der Urin nicht untersucht sei.

Joseph hat einige Fälle von acutem circumscriptem Hautödem veröffentlicht, bei welchen ähnliche Zustände beobachtet worden sind. Im Höhestadium der Erkrankung stellte sich stets eine paroxysmale Hämoglobinurie ein. J. hält den Fall aus dem Grunde für interessant, weil hier ein Connex der Hautaffection mit der Erkrankung der Genitalsphäre besteht. Therapeutisch hat Chinin, in kleinen Dosen lange Zeit hindurch verabreicht, in seinen Fällen guten Erfolg gehabt.

Rosenthal kann in diesem Falle einen Zusammenhang zwischen der Affection der Genitalorgane und der Hauteruption nicht erkennen. Nach seiner Ueberzeugung handelt es sich um das klar beschriebene Bild der Bazin'schen Hydroa, welches auch als Hutchinson's summer eruption (Erythema aestivale) bekannt ist.

Gerson führt an, dass der Zusammenhang selbstverständlich nicht ganz klar ist. Nur ist die Erkrankung mit der Pubertätszeit aufgetreten; damals wurde eine Erweiterung des Cervix wegen Dysmenorrhoe vorgenommen, allerdings ohne Erfolg.

Lassar berichtet über einen Herrn, welcher durch Kälteeinwirkung ähnliche Erscheinungen auf der Haut (d. h. mächtige Erytheme mit Exsudaten an Gesicht und Händen) zeigte. Die Therapie war machtlos. Besnier gab dem Patienten den Rath, in mildem Klima zu leben.

Oestreicher glaubt, dass trotz des häufig constatirten Zusammenhangs von Erkrankungen der Genitalien mit Hauterscheinungen

in diesem Falle eine Zusammengehörigkeit nicht besteht. Er würde falls Chinin ohne Erfolg ist, empfehlen, Oophorintabletten zu geben.

III. C. Benda: Demonstration mikroskopischer Präparate.

In letzter Zeit hat Posner an verschiedenen Stellen des Körpers Verhornungen nachgewiesen. Ferner hat Ernst-Heidelberg bei Cancroidbildungen der Lunge wirkliche Horngebilde vorgefunden. Auch in Gehirncholesteatomen ist von Bostroem und von B. selbst Epidermis beobachtet worden. Das wesentlichste Moment bei diesem Befunde bestand in dem Nachweis von Keratin. Allein es hat sich herausgestellt, dass dasselbe an den Stellen, wo man es ohne weiteres nicht erwarten darf, sehr schwer nachzuweisen ist. Das Keratin färbt sich nämlich durch die verschiedensten Methoden, sowohl nach Gram als auch durch die Weigert'sche Fibrinmethode, durch Benda's Eisen-Hämatoxylinverfahren und auch durch die Weigert'sche Nervenmarkfärbung, mit einem Wort: das Keratin zeigt eine vielseitige Färbefähigkeit, eine Erfahrung, welche die Wollfärber bei Behandlung der Wolle, einer reinen Keratinsubstanz, längst verwerthet haben. Sowohl Färbemittel, welche der sauren als auch der basischen Farbenkategorie angehören, vermögen das Keratin zu färben, so dass keines derselben zum directen chemischen Nachweis verwerthet werden kann. Diese Schwierigkeit zeigte sich B. besonders bei der Untersuchung eines ihm neulich von Dr. Körte übergebenen Tumors. Derselbe stammte von der Haut des Ellenbogens und hatte seinen Sitz hauptsächlich im subcutanen Gewebe. Beim Durchschneiden des Tumors fiel B. eine eigenthümlich kreidige Beschaffenheit auf, die er zuerst als Verkalkung deutete. Durch verschiedene Methoden konnte er aber nachweisen, dass weder Fett noch Kalk in demselben vorhanden war. Das mikroskopische Bild des Tumors zeigt grosse Haufen von Zellen mit epithelialem Charakter, die keine Kernfärbung mehr zeigen, während spärliche ähnliche noch Kernfärbung aufweisen. Diese Epithelzellen sind in Zapfen angeordnet, welche unregelmässig in die Tiefe gehen. Das Zwischengewebe enthält sehr viele Riesenzellen. In demselben fand B. ausserordentlich feine und dichte Fasernetze bei Anwendung derjenigen Methoden, die Keratin zu färben im Stande sind. Diese feine, faserige Beschaffenheit erinnert an die Faserung, die Kromayer in den Zellen der tiefen Schichten des Rete Malpighii nachgewiesen hat. Da aber an demselben Präparate normales Rete Malpighii vorhanden war, so zeigte es sich, dass die Kromayer'sche Faserung bei den angewandten Färbemethoden ungefärbt geblieben waren, somit die hier vorliegende Faserung mit derselben nichts zu thun hatte. Offenbar handelt es sich um eine merkwürdige Form der Keratinisirung. B. nimmt an, dass es sich ursprünglich um ein Atherom handelte, welches zum Theil in eine bösartige Geschwulst degenerirte, indem von der Wand der Cyste aus Zellzapfen herausgewuchert sind, während andrerseits eine Abkapselung der freien Atherombestandtheile stattgefunden hat. Die Riesenzellen des Stroma sind als Fremdkörperriesenzellen zu deuten.

Heller frägt den Vortragenden, ob er die Verdauungsmethode für den Keratinisirungsprocess angewendet hat. Ferner möchte er darauf hinweisen, dass die starke Färbbarkeit vielleicht auf mangelhafte Verhornung zurückzuführen ist. In seiner Untersuchung zusammen mit Geh.-Rath Lewin über Clavi syphilitici war es ihm gelungen nachzuweisen, dass einzelne Zellen vollkommen verhornt waren, während andere sich erst im Uegergangsstadium der Verhornung befanden, in ähnlicher Weise wie die Unregelmässigkeiten der Verknöcherung boi den syphilitischen Knochenerkrankungen der Neugeborenen.

Benda hat die Verdauungsmethode nicht angewendet. Im übrigen ist er derselben Ansicht wie H., dass es sich um eine unvollkommene Verhornung handelt. Diese Faserform hat B. bisher aber noch nicht gesehen.

IV. Tannhauser demonstrirt mikroskopische Präparate von dem in einer der früheren Sitzungen von Blaschko vorgestellten Falle von Urticaria haemorrhagica, welche bei einem jungen Mädchen von 19 Jahren beobachtet worden war. T. hat eine Quaddel im Augenblick der Entstehung einer centralen Hämorrhagie excidirt. Der Process sitzt hauptsächlich im Corium. Man kann bei demselben Veränderungen im Gebiete der Gefässe und solche im Corium selbst unterscheiden. Die Gefässe befinden sich in einer dichten Infiltrationszone; man erkennt in derselben reichliche, polynucleäre Zellen mit gut färbbaren Kernen, grosse blasige Zellen, von denen ein grosser Theil Mastzellenfärbung annimmt und schliesslich rothe Blutkörperchen. Die Veränderungen des Corium, bestehen in einer Auseinanderdrängung der Bindegewebsfasern und in der Anwesenheit von zelligen Elementen. Die polynucleären Rundzellen sind bis in die Subcutis und auch bis in die Epidermis zu verfolgen. Die einkernigen Zellen sind in der Nähe der Infiltrationen am reichlichsten; dieselben entstehen aus den fixen Bindegewebszellen, während die polynucleären aus dem Blute selbst stammen. Die Frage, ob die Blutung auf Diapedese oder auf Rhexis der Gefässe zurückzuführen ist, konnte T. nicht entscheiden.

V. Tannhauser stellt einen Patienten vor, welcher am Rücken und an den seitlichen Partien des Rumpfes eine grosse Anzahl weicher, leicht prominenter, pigmentloser Gebilde von runder Gestalt und miliarer bis Bohnengrösse zeigt. Vor 6 Jahren hat Patient diese Geschwülstchen zuerst beobachtet, während er einige Jahre vorher an Syphilis erkrankt war. Mikroskopisch zeigen sich in der obersten Lage der Cutis grosse einkernige Zellen, welche zum Theil Mastzellenfärbung annehmen, und ausserdem eine Veränderung der Bindegewebsfasern in der papillären und subpapillären Schicht des Corium. T. ist der Ansicht, dass es sich um mutliple weiche Fibrome handelt.

VI. Th. Mayer stellt aus der Lassar'schen Klinik eine 65 Jahre alte Frau mit einem kirschgrossen, exulcerirten Tumor an der Nase vor. Während man an ein Epitheliom denken muss, zeigt die mikroskopische Untersuchung neben mächtigen breiten Epithelzapfen zahlreiche hyper

trophische Bindegewebs- and Granulationszellen, kurzum das histologische Bild des Gummi, so dass eine Vereinigung einer gummösen Bildung mit einem secundär gewucherten Neoplasma vorliegt. Anamnestisch hat die Patientin zwei Aborte durchgemacht, denen die Geburt zweier wenig lebenskräftiger Kinder folgte. Später sind gesunde Kinder geboren worden. Das Nasendach ist aufgetrieben, so dass man das Bestehen eines periostalen Gummis annehmen muss.

VII. Th. Mayer stellt ferner ein kleines, $^3/_4$ Jahr altes Kind vor mit Lichen ruber planus des Oberschenkels. Die Affection entwickelte sich vor zwei Monaten im Anschluss an eine Gastroenteritis; die Efflorescenzen zeigen eine gewisse linienförmige Anordnung. Dem Lichen ging eine papulöse Eruption voran.

Oestreicher will ebenfalls in letzter Zeit bei Säuglingen häufiger Lichen ruber acuminatus beobachtet haben.

VIII. Th. Mayer stellt ferner einen Knaben vor, dessen Haar hellblond ist, bei welchem aber an der Nackenhaargrenze eine ungefähr zwei Querfinger breite Zone von röthlichem Haar besteht. Der Knabe soll diesen Zustand schon dreimal durchgemacht haben, zuerst vor zwei Jahren im Anschluss an eine Reconvalescenz, wo die eigenthümliche Haarverfärbung etwa 3 Wochen bestand. Sechs Monate später wiederholte sich derselbe Vorgang und jetzt seit ungefähr 2—3 Wochen zum dritten Mal. Aehnliche Beobachtungen sind bei psychischen Erkrankungen gemacht worden.

IX. Schreiber zeigt aus der Lassar'schen Sammlung eine grosse Anzahl von Moulagen, welche syphilitische Affectionen der Zunge betreffen.

O. Rosenthal.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Gonorrhoe und deren Complicationen.

Lohnstein, H. Zur Behandlung der Urethro-Prostatitis chronica. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. S. Karger. Berlin.

Lohnstein ist der Ansicht, dass die so häufige Erfolglosigkeit der Therapie bei Urethro-Prostatitis chronica darin seinen Grund habe, dass keine der bisher angewendeten Behandlungsmethoden im Stande sei, die in den Drüsenmündungen fest haftenden Schleimpfröpfe, ohne deren Beseitigung jede medicamentöse Behandlung erfolglos sein muss, zu entfernen. Er hat daher ein Instrument („Spüldilatator") construirt, welches es ermöglicht, die erkrankte Partie zu dilatiren, die Drüsenpfröpfe zu lockern und gleichzeitig den entsprechenden Theil der Harnröhre auszuspülen. Zur Spülung verwendet Lohnstein anfangs $^1/_2$% Ichthyollösung, um bald zu 0·3—0·5‰igen Höllensteinlösungen überzugehen; in der Regel werden 3 Liter Flüssigkeit in ca. 15 Minuten durchgespült. Mit dieser Behandlung will L. von 56 Fällen, die den bisher üblichen Behandlungsmethoden (mit Sonden, Massage etc.) getrotzt hatten, 44 geheilt haben. Von den übrigen 12 entzogen sich 10 vorzeitig der Behandlung und 2 holten sich bei ihren Frauen Recidive.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Madlener. Ueber Metritis gonorrhoica. Centralblatt für Gynäkologie 1895, p. 1313.

Madlener spricht über den histologischen und bakteriellen Befund eines wegen Adnextumors exstirpirten Uterus. Die Infection war im letzten Monat der Gravidität, etwa vor 10 Wochen, erfolgt. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Anwesenheit von Gonococcen auf der Schleimhaut sowohl, wie in allen Schichten der Muscularis, theils extra-, theils intracellulär, theils zwischen einzelnen Muskelbündeln.

Im linken Uterushorn fand sich ein etwa erbsengrosser Abscess. M. bespricht nun die günstigen Verhältnisse, die der blutreiche, puerperale Uterus dem Eindringen und der Ernährung der Gonococcen dargeboten hätte. Unter anderen Verhältnissen gehe wohl der auf Schleimhäuten so widerstandsfähige Gonococcus innerhalb der Uterusmusculatur schnell zu

Grunde. Theoretisch sei also, wie nachgewiesen, eine Infection des Peritoneum vom Endometrium aus ohne Betheiligung der Tuben durch Durchwanderung der Gonococcen durch die Uteruswand möglich.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Malherbe. Deux cas d'arthrite blennorrhagique suppurée. Association française des médecines et de chirurgiens urologistes; première session tenue à Paris d. 23./24. Qctobre 1896. Ref. in La médecine moderne Nr. 87 1896.

Malherbe hat zwei Fälle von eitriger Gelenkentzündung im Anschluss an Gonorrhoe operirt. Aus dem einen Eiter wuchsen abgeschwächte — denn sie tödteten eine Maus erst nach 4 Tagen — Staphylococcen. Er schliesst daraus: der Gonococcus ist nicht pyogen und die Suppuration ist eine Mischinfection.

Ihm erwiderte Eraud:

1. er habe niemals den Gonococcus in dem Eiter bei eitriger (Knie) Gelenkentzündung gonorrhoischer Natur gefunden;

2. nach den Angaben der Deutschen finde sich derselbe nur in den ersten Tagen der gonorrhoischen Gelenkentzündung in den Gelenken;

3. ist der Beweis (Pleuritis, Peritonitis) erbracht, dass der Gonococcus allein Eiter erzeugen kann;

4. nur in den ersten Tagen bei Gonorrhoe fände sich der Gonococcus allein in der Urethra — später kommen unwesentliche Mikroorganismen dazu.

Theodor Spiegelhauer (Breslau).

Marx. Lavage sans sonde de l'urèthre postérieur et de la vessie. Revue de thérap. med. chir., 15 janvier 1896. (Ref. Ann. gen.-ur. 1896, pg. 264.

Marx bespricht ausführlich die Spülung der Urethra und der Blase ohne Katheter nach der Lavaux'schen Methode mit einem von ihm modificirten Apparate. Ebenso bespricht er Indicationen und Contraindicationen, ohne etwas neues zu bringen.

Barlow (München).

Mary. Du bleu de méthylène dans le traitement de l'uréthrite et de la vaginite blennorrhagiques. Thèses de Paris. 1895/96. Ref. in Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie 1896, Nr. 80.

Mary empfiehlt das Methylenblau in concentrirten Lösungen gegen acute und chronische Gonorrhoe. Er hält es für ein gutes Antisepticum, rühmt seine nicht irritirende Eigenschaft, seine Fähigkeit, das Wachsthum der Mikroorganismen zu hemmen und ihre Virulenz abzuschwächen und glaubt als einzigen Fehler dieses Medicaments sein enormes Färbungsvermögen aller mit ihm in Berührung kommenden Objecte ansehen zu müssen.

Doyé (Breslau).

Murray. Gonorrhoea of the Rectum. Medical News-Vol. LXVIII. Nr. 10. 7. März 1896.

Murray schildert einen typischen Fall von Rectalgonorrhoe, an welchem nur die Aetiologie einigermassen interessant ist. Es handelt sich um eine sonst ganz gesunde Patientin, die, seit Jahren an Verstopfung

leidend, gewöhnt war, sich täglich mit dem Irrigator einen Einguss zu machen. Denselben Irrigator benutzte per nefas das gonorrhoisch erkrankte Dienstmädchen zu Vaginalausspülungen, und übertrug so durch das Ansatzrohr die Gonorrhoe.

Murray hält die Rectalgonorrhoe für eine überaus seltene Erkrankung, da er sie noch nie beobachtet hat und in der Literatur nirgends etwas darüber gefunden hat (sic!). Paul Oppler (Breslau).

Neisser, A. Forensische Gonorrhoe-Fragen. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung. Jahrgang 1895. Nr. 12.

Neisser bespricht und motivirt ausführlich ein von ihm im Jahre 1895 abgegebenes Gutachten bei einem Falle, in dem es sich um die Möglichkeit einer Körperverletzung durch Tripperinfection (aus dem Jahre 1893) handelte. Bei dem betreffenden Mädchen war damals (anno 1893) eine Gonorrhoe nur aus dem klinischen Befunde diagnosticirt worden; jetzt bot das Mädchen weder klinisch noch mikroskopisch Zeichen einer Gonococceninfection dar, während bei dem Angeklagten die Reste eines Trippers mit ziemlicher Sicherheit constatirt wurden. Bei dem Mangel einer mikroskopischen Bestätigung der von dem Hausarzte im Jahre 1893 bei dem Mädchen gestellten Tripperdiagnose war es Neisser theils sehr erschwert, theils gänzlich unmöglich, die von der Staatsanwaltschaft an ihn in dieser Sache gestellten Fragen zu beantworten, daher ermahnt er wiederum nachdrücklich: die Diagnose „Gonorrhoe“ niemals ohne Zuhilfenahme des Mikroskopes zu stellen, namentlich in solchen Fällen, in denen in irgend einer Weise ein forensisches Interesse in Betracht kommen kann. Ferdinand Epstein (Breslau).

Noguès. De l'échec des lavages de formol dans le traitement des uréthrites à gonocoques. Ann. gén.-ur. 1896, pag. 787.

Die Versuche, welche Noguès mit Formolspülungen bei Urethritiden gemacht hat, stellen, wie N. selbst auseinandersetzt, einen entschiedenen Misserfolg dar. Barlow (München).

Pazizeau. Traitement de l'arthrite blennorrhagique aiguë par l'arthrotomie précoce. Gazette hebdomad. 4. Oct. 1896. Ref. in La médecine moderne Nr. 84. 1896.

Pazizeau ist Anhänger der Behandlung der acuten gonorrhoischen Gelenkentzündung durch frühzeitige Gelenkeröffnung. Die gonorrhoische Gelenkentzündung kann in zwei verschiedenen Formen auftreten, einmal mit geringem Erguss und starker periarticulärer Entzündung, das andere Mal mit viel Erguss und geringem Oedem. Bei beiden hat man durch frühzeitige Eröffnung gute Resultate gesehen.

Theodor Spiegelhauer (Breslau).

Pichevin. Rheumatisme blennorrhagique. Soc. obstric. et gygnécolog. de Paris. Séance du 11. Juni 1896. Ref. in Gazette hebdom. Nr. 51. 1896.

Pichevin bringt die Krankengeschichte einer Frau, welche mit einem entzündlichen Tumor im hinteren Scheidengewölbe zur Aufnahme kam. Ein sich bald darauf einstellender, allem Anscheine nach gonor-

rhoischer Handgelenkrheumatismus liess an eine gonorrhoische Natur des Tumors denken. Eine Incision in letzteren lieferte eine Menge Eiter, welcher Gonococcen enthielt. Glatte Heilung. — Im Anschluss hieran berichtet Rendu von einer tripperkranken Wöchnerin, welche in der Regio subclavicularis ein Ganglion bekam, aus welchem sich nach der Abscedirung gonococcenhaltiger Eiter entleerte.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Piéry, M. De l'emploi de l'acide carbonique à l'état naissant dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Nr. 56. 12. Juillet 1896.

Auf eine Anregung seines Lehrers Cordier hin hat Piéry die Wirkung der Kohlensäure in statu nuscendi auf die Gonorrhoe des Weibes untersucht. Er hat sich hierbei eines Pulvergemisches von 7 Theilen doppelkohlensauren Natron und 6 Theilen Weinsteinsäure bedient, das er in die Scheide einführte; durch das Scheidensecret findet eine Zer- resp. Umsetzung dieses Pulvers in weinsteinsaures Natron und freie Kohlensäure statt. Mit diesem Verfahren hat Piéry zwar keinen Erfolg bei Metritis, Salpingitis und gonorrhoischer Urethritis gesehen, jedoch trat eine eclatante Besserung resp. Heilung ein bei gonorrhoischer Vaginitis mit Vaginismus der jung verheirateten Frauen. Piéry schreibt diesen günstigen Erfolg einestheils der anästhesirenden Wirkung der frei werdenden Kohlensäure, anderntheils der Nährboden verschlechternden Wirkung der überschüssigen Weinsteinsäure zu. Mikroskopische — insbesonders Gonococcen-Untersuchungen sind nicht angeführt.

Spiegelhauer (Breslau).

Powarnin, G. J. Die Gonococcen bei der Gonorrhoe. Inaug.-Diss. St. Petersburg 1895. 8°. 111 pp. u. 71 pp. mit Taf. Russ.

Powarnin führte seine Untersuchungen im bekannten Militär-Spital (Ujazdow) zu Warschau in den Jahren 1888—1889 aus. Die bakteriologische Untersuchung von 321 Fällen mit acuter und subacuter Gonorrhoe ergab die Anwesenheit von Gonococcen in 81·98% der Fälle, während in 18·01% die Gonococcen nicht constatirt werden konnten. Was Verlauf und Symptome der gonococcenhaltigen sowie gonococcenfreien Fälle anbetrifft, äusserst sich Powarnin folgendermassen: Die gonococcenfreien Fälle verlaufen im Allgemeinen leichter und schneller als die gonococcenhaltigen, enthalten im Secrete weniger kernige Elemente und fast in der Hälfte derselben sind kleine Mikroben zu constatiren. Die vorhandenen Mikroorganismen sind in keinem einzigen Falle als Ursache der Gonorrhoe zu nennen. Somit müssen wir als einzige Ursache der Gonorrhoea die Gonococcen ansehen — eine Thatsache, die ja schon längst von Prof. Neisser constatirt wurde.

A. Grünfeld (Rostow am Don).

Pryor, W. R. Die Behandlung der gonorrhoischen Beckencomplicationen beim Weibe. New-York akademy of medic. 12. Nov. 1895. Journ. cutan. and gen.-ur. dis. Januar 1896.

Pryor weist zunächst darauf hin, dass einige Gynäkologen bei Gonorrhoe immer den Uterus und die Adnexe entfernen, da sie doch später durch die Krankheit vernichtet würden; durch eine solche radicale Behandlung würde dann eine schnellere Heilung und geringere Mortalität erzeugt. Die Entfernung des Uterus bedingt jedoch stets ein Cessieren der Menses und bei jungen Personen häufig cerebrale Störungen. Aus diesem Grunde ist man gezwungen, eine weniger radicale operative Behandlung einzuleiten. Verf. theilt die Fälle in solche von acuter Salpingitis, von chronischer Salpingitis mit acuten Exacerbationen, von Hydrosalpinx und Pyosalpinx. Von den ersten hat er 17 Fälle operirt, wobei er besonders betont, dass es sich um erste und acute Attaquen gehandelt habe, obgleich in dreien, in welchen er nachher noch den Uterus zu entfernen gezwungen war, die Attaque schon über 3 Wochen gedauert hatte. In allen 17 Fällen bestanden Vergrösserungen einer oder beider Tuben, acute Schmerzhaftigkeit, oft Tympanitis und Erbrechen. Die Vergrösserung der Tuben beschränkte sich auf die Wandung, während das Lumen nicht ausgedehnt war. Pryor betont, dass er das Endometrium für eine lymphoide Membran und nicht für eine mucöse hält. Da er feststellte, dass das Lumen der Tuben nicht vergrössert war, so glaubt er fest an Heilung, falls das Kürettement frühzeitig nach der Attaque ausgeführt war. Alle 17 Fälle wurden gesund mit Ausnahme der 3 oben erwähnten. Im Anschluss an die Operation bestand kein Schmerz und die Frauen menstruirten normal. In gewissen Fällen, welche zwar länger bestanden hatten, aber acute Symptome darboten, wurden die besten Resultate durch Kürettement des Uterus mit nachfolgender Incision des Douglas und Ausstopfung mit Gaze erhalten. In 7 Fällen wurde diese Behandlung mit Erfolg durchgeführt. Fälle von recidivirender chronischer Salpingitis waren sehr häufig. Die Tuben enthielten zwar keinen Eiter, aber die Wandungen waren dick und hart und waren der Sitz einer fibrösen Schwellung. Obwohl das Kürettement des Uterus auf die Störungen in den Tuben wenig Effect hatte, wurde sie als Behandlung des primären Sitzes der Affection dennoch ausgeführt. Verf. eröffnete im Laufe eines Jahres in allen diesen Fällen den Douglas, löste die Adhäsionen und dränirte den untersten Theil des Douglas mit Gaze aus. Diese Behandlung brachte fast immer einen temporären Nutzen. Bei Hydro- und Pyosalpinx war es wichtig die Adhäsionen an das Omentum nicht zu zerstören; der Douglas wurde eröffnet und die Tuben freigelegt, der Finger eingeführt, die Tuben geöffnet und ihre ganze Höhle mit Gaze ausgestopft. Konnte eine Reinfection verhütet werden, dann entstand kein Recidiv. Pryor betont zum Schluss noch einmal, dass eine weniger eingreifende Methode der Entfernung des Uterus vorzuziehen ist.

Ledermann (Berlin).

Orton. Rectal Gonorrhoea and Gonorrhoeal Endometritis. Medical News. Vol. LXVIII. Nr. 15, d. 11. April 1896.

Orton hat einen Fall von Rectalgonorrhoe bei gleichzeitig bestehender Cervicalgonorrhoe beobachtet. Erstere wurde durch Ausspülung

mit Creolin, letztere durch Currettement und Jodoformgazetamponade geheilt. Paul Oppler (Breslau).

Raymond. Reumatismo blenorragico. Bull. Méd. ref. in Rivista clinica e terapeutica. Settembre 1896. Nr. 9.

Raymond stellt eine Patientin vor, bei der sich in den letzten 8 Tagen unter fieberhaften Erscheinungen eine Affection des linken Armes entwickelt hat, welche einen neuralgisch rheumatischen Charakter trägt und vom Vortragenden als Analogon zur Ischias hingestellt wird. Da die Patientin seit 6 Monaten an einem profusen Vaginalausfluss leidet, steht R. nicht an, die Krankheit als Rheumatismus blennorrhagicus zu bezeichnen. Therapeutisch empfiehlt er Salophen (4 Gr. pro die), welches er für erheblich wirksamer hält, als Salicyl oder Antipyrin.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Raymond Petit et **Pichevin** Adénite cervicale suppurée à gonocoque. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 419.

Die Patientin Raymond Petit's und Pichevin's hat seit ihrem 7. Jahr einige Drüsen in der rechten Mandibulargegend am Angulus mandibulae, welche jedesmal im Monat März etwas anschwoll, um dann wieder fast völlig zu verschwinden. Im Verlauf einer Gonorrhoe schwollen diese Drüsen wieder an, vereiterten, und in ihrem Gehalt zeigten sich typische Gonococcen ohne irgend welche andere Bakterien.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Robinson, J. M. Systemic infection from gonorrhea, with the report of a fatal case. Medical News. August 29, 1896.

Robinson berichtet einen Fall, der unter acut-fieberhaften, auf eine Meningitis oder eine Septicämie deutenden Symptomen (Fieber, Delirien, Erbrechen, Pupillenenge, allgemeine Hyperästhesie, Gelenkschmerzen und Gelenkschwellung, Purpura am ganzen Körper) in 4 Tagen tödtlich verlief. Bei der Section fand man Zeichen einer acuten pyämischen Erkrankung mit Lymphdrüsenschwellung, Hämorrhagien in Haut und Herz, flüssigem Blut, Fettmetamorphose der Herzmusculatur, eitrigem Erguss in die meisten Gelenke der unteren Extremitäten. In der Harnröhre Entzündung und Eiter mit Gonococcen (nur mikroskopisch nachgewiesen). Die übrigen Organe und Secrete wurden nicht mit dem Mikroskop untersucht. Pinkus (Breslau).

Romme. Cura della cistite blennorragica acuta nell' uomo. Presse méd. aprile 1896. Ref. in Il Morgagni. Nr. 32. 1896.

Romme betont, dass bei der acuten blennorrhagischen Cystitis des Mannes vor Allem die interne und diätetische Behandlung Platz greifen müsse und dass nur dann die locale Therapie (Blasenausspülungen, Guyon etc.) angewendet werden soll, wenn die interne Behandlung versagt, oder der Process chronisch wird. Ferdinand Epstein (Breslau).

Rössler, A. Zur Kenntniss der Achillodynie. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 42. Bd. 3. Heft, p. 274. 1896.

Rössler berichtet aus der Albert'schen Klinik über 9 Fälle von Achillodynie und über Untersuchungen, die er an der Leiche über den

Schleimbeutel zwischen Sehnenansatz und Tuber calcanei angestellt hat. Aus den letzteren ergibt sich, dass in einer grossen Anzahl von Fällen eine chronische Reizung des Schleimbeutels durch die dauernde Inanspruchnahme desselben zu Stande kommt, die ab und zu mit Schmerzen verbunden sein mag und die zu einer „Bursitis deformans" führen kann. In anderen Fällen fand er die Ausgänge acuter Entzündung. Die Aetiologie der Achillodynie ist eine sehr mannigfaltige; neben dem chronischen und dem acuten Trauma kommt in erster Linie zweifellos die Gonorrhoe, ferner aber auch die Influenza, Abschürfungen, uratische Diathese, Rheuma, Tuberculose in Frage. Therapeutisch sah R. besonders von der methodischen Compression durch feuchte Badeschwämme gute Erfolge; eventuell wäre die Verödung durch blutige Eröffnung, Tamponade, Auskratzung zu versuchen. Für den Namen Achillodynie schlägt R. den „Achillobursitis" (u. zwar „anterior" — im Gegensatz zu der Entzündung der inconstanten Bursa tendinis Achillis posterior) vor. Jadassohn.

Schantz, Eugen. Ueber gonorrhoische Exantheme. Inaug.-Diss. Bonn 1895.

Schantz beobachtete ein Erythema nodosum bei gleichzeitig bestehender Gonorrhoe und Schwellung des rechten Kniegelenkes. Er glaubt, dass die Gonorrhoe, sei es durch die Gonococcen selbst, sei es durch deren Toxine, eine Allgemeininfection des Organismus hervorzurufen im Stande ist, und dass in Folge dessen ein Reiz auf das vasomotorische System entstehen kann, wodurch dann die Exantheme bedingt sind.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Schütze. Die hydriatische Behandlung der Gonorrhoe. Blätter für klin. Hydrotherapie. 1895, Nr 10.

Schütze hat mit seinem Hydrophor — einer am unteren Ende geschlossenen, canellirten und mit kleinen Fenstern 1 Cm. oberhalb des Endes versehenen Röhre — bei acuter und chronischer Gonorrhoe gute Erfolge erzielt. Er benutzt Spülungen mit Wasser, meist unter 15° C., das als Spülmittel, Desinficiens, Adstringens und Dehnungsmittel für die Urethra wirken soll. Bei der chronischen Gonorrhoe bedingt es eine Herabsetzung der Temperatur auf indirectem Wege auch in der Pars membranacea (durch Messungen im After bewiesen).

Jadassohn (Bern).

Sée, Marcel. Le Gonocoque. Paris (Felix Alcan) 1896.

In seiner, zu einem umfangreichen Buche angewachsenen Thèse behandelt Marcel Sée das Thema vom Gonococcus nach allen Richtungen hin. Die überaus fleissige Arbeit zerfällt in 2 Theile a) experimentelle, b) klinische Studien und einen Anhang, der die Belege für die erwähnten Studien in Form von Versuchsprotokollen und Krankengeschichten enthält.

Sée hat es als Bedürfniss empfunden, die unzähligen Literaturangaben und das umfangreiche kasuistische Material, die sich überall zerstreut finden, zu sammeln, kritisch zu sichten und theilweise nachzuprüfen. Seine eigenen Untersuchungen erstrecken sich auf Culturversuche.

Da das vorliegende Buch demnach fast ausschliesslich ein Sammelwerk darstellt, verbietet sich ein eingehendes Referat von selbst, jedoch sollen Sée's Schlussfolgerungen hier Platz finden.

1. Die Blennorrhagie ist eine specifische Infectionskrankheit. Ihre Erscheinungen sind mannigfach, wie die der meisten Infectionskrankheiten, und die Urethritis ist nur die häufigste Gonorrhoe. Es kommen auch nicht blennorrhagische Urethritiden vor, welche sich auch schon klinisch von diesen unterscheiden.

2. Der Erreger der Blennorrhagie ist der Gonococcus Neisser, ein pathogener durch seine morphologischen und biologischen Eigenschaften ebenso wie durch seine Wirkung auf den menschlichen Körper wohl charakterisirter Mikroorganismus. Er unterscheidet sich gut von den Saprophyten des Urogenitalapparates. Man findet ihn niemals normaler Weise in irgend einem Organe.

3. Zwar sind gewisse blennorrhagische Erscheinungen toxischer Natur, und es finden sich andererseits bei der Blennorrhagie häufig Secundäraffectionen, sicher jedoch resultiren die meisten blennorrhagischen Erscheinungen direct aus der Anwesenheit von Gonococcen in den Erkrankungsherden.

Der Gonococcus kann sicher durch die Blutbahnen verschleppt werden, und dann Krankheitsherde entfernt vom Orte der Infection etabliren (Arthritis, Endocarditis etc.).

Werthvoll wird die Arbeit Sée's durch die reichlichen Literaturangaben (bis 1893 in den Anmerkungen der betreffenden Seiten) und eine ausführliche Bibliographie von 1893 bis April 1896.

Paul Oppler (Breslau).

Sheffield. The Treatment of Vulvo-Vaginitis in Children. Americ Medic.-Surg. Bull. 30. V. 1896.

Sheffield glaubt, dass die Prognose bei Vulvo-Vaginitis der Kinder im Allgemeinen gut ist und dass es wesentlich darauf ankommt, Complicationen zu vermeiden. Die Kinder müssen sorgfältig isolirt werden. Zur Vermeidung der Infection der Augen benutzt er eine Bandage für die Augen und eine, die verhindert, dass das Kind mit den Händen an die Genitalien kommen kann. Seit Anwendung dieser Vorsichtsmassregel hat er keine Augenblennorrhoe mehr auftreten sehen. (Ref. hat trotz fehlender Prophylaxe der Augen noch nie von einer Vulvo-Vaginitis eine Augenblennorrhoe entstehen sehen.) Der Verf. meint, dass Urethritis und Peritonitis die Folge der Vulvo-Vaginitis sein können, dass sie aber vermieden werden, wenn man nur mit ganz schwachem Druck und einem weichen Katheter, der nur einen Zoll in die Vagina eingeführt wird, irrigirt. Zur Vermeidung der Arthritiden gibt er leichte alkalische Diuretica. Er empfiehlt heisse Bäder im acuten Stadium; die Spülungen macht er in Sims'scher Lage. Die Krankheit dauert 4 Wochen bis 4 Monate; kürzer dauernde Fälle sind keine Gonorrhoen oder nicht dauernd geheilt.

Jadassohn (Bern).

Simon. Du gonocoque en médecine légale. Revue médicale de l'Est, 1 janv. 1896. (Ref. Ann.-gen.-ur. 1896, pag. 357.)

Simon bespricht die Wichtigkeit des Gonococcennachweises für die gerichtliche Medicin an der Hand eines Falles, bei dem das mikroskopische Examen keine absolute Sicherheit ergab. Nachdem nun einmal der Nachweis des Gonococcus, zumal in chronischen Fällen, nicht ganz leicht zu erbringen ist, andererseits bei Kindern eine extragenitale Infection durchaus nicht ausgeschlossen werden kann, selbst wenn man z. B. in der kindlichen Vagina Gonococcen findet, so kommt Simon zu dem Schlusse, dass der Gonococcennachweis eine nur sehr mässige Unterstützung zur Entscheidung der Schuldfrage bietet.

Barlow (München).

de **Smet**, Ed. La formaline dans le traitement de la blennorrhagie chez la femme. Journal de la Clinique. Ref. in la médecine moderne. Nr. 57, 7e annèe 15 Juillet 1896.

Smet hat die Blennorrhoe des Weibes mit 0·2—0·5%, sogar mit 5% Formalinlösungen behandelt und günstige Resultate gesehen. Bei 5% Anwendung trat allerdings Schwellung, selbst Verschorfung der Schleimhaut ein, welche nicht nur nicht schädlich, sondern sogar günstig auf die acute blennorrhagische Entzündung einwirkte und ausserdem schmerzlos war. Spiegelhauer (Breslau).

Sorel. Note sur un cas d'abscès de la prostate. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 210.

Im Verlaufe einer acuten Gonorrhoe erkrankte der Patient Sorel's an Epididymitis und Prostataabscess. Grade in dem Moment, als derselbe vom Perineum aus incidirt werden sollte, perforirte er in die Urethra. Die vorher vorgenommene Punction vom Perineum aus hatte reichliche Gonococcen enthaltenden Eiter ergeben.

Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Stein, O. J. Die Irrigationsmethode bei gonorrhoischer Urethritis. Journal of cutan. and gen.-urin. diseases. März 1896.

Stein hat bei der Irrigationsbehandlung der Gonorrhoe die besten Resultate und die wenigsten Complicationen gesehen. Er empfiehlt sie besonders deshalb, weil die Urethra viele Drüsenöffnungen und Krypten besitzt, in welchen sich die Gonococcen localisiren und in welchen sie mit der gewöhnlichen Art der Injectionsbehandlung nur schwer vernichtet werden können. Er hält die übliche Art der Irrigation mit einem weichen Gummikatheter für fehlerhaft, weil dadurch die Follikelöffnungen nicht erweitert werden, während es sehr wichtig ist, den Drüseninhalt zu entfernen. Dies kann aber nur durch eine Dehnung der Urethra geschehen. Zu diesem Zwecke empfiehlt er eine nach Art des Urethroskops hergestellte gefensterte, am Ende geschlossene Hartgummitube, welche eingeführt wird, nachdem der Patient urinirt hat. In diese Tube hinein führt er einen weichen Katheter, der mit einem Irrigator verbunden ist, und spült mit Kaliumpermanganatlösung 1 : 5000 bis 1 : 1000.

Ledermann (Berlin).

Steinschneider und **Schäffer.** Zur Biologie der Gonococcen. (Berlin. Klin. Wochenschr. 1895. Nr. 45.)

Aus den Versuchen der Verf. geht hervor, dass die Reincultur der Gonococcen sich nicht so einfach herstellen lässt, wie man das nach den neueren Publicationen glauben sollte. Blutserum, namentlich menschliches, ist dabei nicht zu entbehren, während Harnagar sich den Verf. nicht bewährt hat. Statt des Plattenverfahrens bedient man sich zweckmässiger des Vertheilens der Keime mit einer Platinöse oder mit sterilem Pinsel auf in Petri'sche Schalen gegossenes Serumagar. Temperaturen von 40° C. wirken bei Exposition von mindestens 12 Stunden auf die Culturen abtödtend, während Zimmertemperatur entwicklungshemmend wirkt. In Wasser oder Urin, dem gonorrhoischer Eiter beigemengt ist, können sich die Gonococcen wenigstens 1—2 Stunden entwicklungsfähig halten. Die in das subcutane Bindegewebe eingebrachten Gonococcen verursachen keine Eiterbildung. Karl Herxheimer.

Swinbury, Knowles George. Die Anwendung des Argonins im acuten Stadium der Gonorrhoe. Ein vorläufiger Bericht Journ. of cut. and gen. ur. dis. Aug. 1896.

Swinbury hat das Argonin auf Empfehlung von Jadassohn bei 50 Fällen von acuter und 12 Fällen von chronischer Gonorrhoe mit Erfolg angewendet. Die Injection wurde täglich einmal vom Verf. selbst mit der Tripperspritze ausgeführt, nachdem vorher die Harnröhre mit einer Kaliumpermanganatlösung ausgewaschen war. Die Argoninlösung selbst verblieb 5—10 Minuten in der Urethra. Bei der Erkrankung der Urethra posterior wurden mittelst weichem Katheter zwei Drachmen der Lösung in die Urethra posterior injicirt, dann beim Herausziehen des Katheters die Urethra anterior mit der Lösung angefüllt. Der Katheter selbst wurde in Argoninlösung sterilisirt. Die Stärke der Lösung schwankte je nach der Empfindlichkeit des Kranken zwischen 2 und 10%. In allen Fällen wurde eine schnelle Verminderung des Ausflusses constatirt, bei den meisten auch eine schnelle Abnahme der Gonococcen. Nur wenige Fälle blieben refractär. Auffallend war das Fehlen jeglicher entzündlicher Reaction. Im ganzen hat Verf., welcher am Schluss eine Anzahl von Krankengeschichten in extenso wiedergibt, den Eindruck, als ob das Medicament absolut unschädlich ist, dass es die Entzündung der Harnröhre bei acuter Gonorrhoe schnell beseitigt und daher auch im acutesten Stadium anwendbar ist. R. Ledermann (Berlin).

Thayer und **Blumer.** Endocardite ulcéreuse blennorrhagique. Archives de Médecine experimentale d'anatomie et pathologique 1895.

Nachdem die Verfasser eingehend die einschlägige Literatur (cf. Original) besprochen und besonders hervorgehoben, dass die von Martin, Gluzinski, Councilmann, Winterberg, Leyden berichteten Fälle nicht beweiskräftig seien, da entweder keine Culturen angelegt oder die angelegten nicht gewachsen, kommen sie auf ihren Fall, bei dem es ihnen geglückt, aus dem Blut einer Armvene Gonococcenreinculturen zu erhal-

ten. Der Fall ist kurz folgender: Eine 34jährige Witwe kam mit Herzerscheinungen, nachdem sie kurz vorher an Rheumatismus (gonorrhoisch?) gelitten, zur Aufnahme und verstarb nach ca. 3 Wochen im Hospital. Da anfangs wahrscheinlich an Sumpffieber gedacht worden war, wurden nach der Sitzmann'schen Methode Blut-($^1/_3$)Agar-Agar-Culturen mehrmals angelegt. Bei zwei Versuchen waren nach 48 Stunden kleine weisse Colonien von Stecknadelspitzengrösse gewachsen, welche sich unter dem Mikroskop als aus kleinen, ovalen, nebeneinander liegenden Diplococcen von Biscuitform bestehend herausstellten. Der Versuch, diese Mikroorganismen auf Agar-Agar, Gelatine, Kartoffel, Bouillon und Milch weiter zu züchten, schlug stets fehl. Erst als bei der Autopsie in den Auflagerungen der Mitralklappe sowohl frei, als auch intracellulär, einzeln bis zu Haufen und im Vaginal- und Uterusschleime sehr ähnliche Diplococcen gefunden wurden, welche sich nach Gram entfärbten, scheint der Verdacht auf gonorrhoische Endocarditis aufgetaucht zu sein, denn nun wurden sowohl die Blutculturen auf Gram'sche Entfärbbarkeit geprüft als auch von ihnen auf Rindsblutserum, Urin-Agar u. s. w. Weiterimpfungen vorgenommen. Während jedoch auch bei den Mikroorganismen dieser Blutculturen die Gram'sche Entfärbbarkeit vorhanden war, gingen auch diesmal die Weiterimpfungen nicht an. Auch Culturversuche von bei der Autopsie gewonnenem Herzblut, von der Herzklappe, Milz, Leber u. s. w. blieben negativ — wahrscheinlich in Folge Fehlens der geeigneten, d. h. für den Gonococcus Neisser geeigneten Nährböden. Die Verfasser kommen zu folgendem Schluss: 1. aus der charakteristischen Form und Lagerung zu einander, 2. aus der intracellulären Lagerung, 3. aus dem negativen Wachsthum auf ungeeigneten Nährböden, 4. aus dem guten Wachsthum auf Menschenblut-Agar, 5. aus der Entfärbbarkeit nach Gram ist der Beweis erbracht, dass es sich um echte Neisser'sche Gonococcen gehandelt hat. Die Eingangspforte in den Körper ist zweifellos die gewöhnliche (genitale) gewesen.

Spiegelhauer (Breslau).

Tuffier. Canule de verre pour lavage de l'urèthre. Société de chirurgie, 31. juillet 1896. (Ref. Ann. gen.-ur. 1896, p. 459.)

Tuffier gibt eine neue Glascanüle zu Spülungen der Blase ohne Catheter an. Zeichnung ist beigegeben. Besondere Vortheile dürfte das neue Instrument nicht haben.

Barlow (München).

Tyrrell. Report of a Case of Gonorrhoeal Arthritis in a New-Born Infant. Medical News Vol. LXVIII Nr. 10. d. 7. März 1896.

Tyrrell beobachtete bei dem Kinde einer gonorrhoisch Erkrankten 4 Tage nach der Geburt das Auftreten einer Ophthalmoblennorrhoe und weitere 4 Tage später eine Schwellung, Röthung und ödematöse Durchtränkung beider Handrücken und Vorderarme. Die Affection, die T. mit der Ophthalmoblennorrhoe in Verbindung bringt, ging innerhalb 5 Tagen auf eine Ichthyol-Belladonnasalbe und Bandagirung zurück.

Paul Oppler (Breslau).

Valentine, Ferd. C. Gonorrhoea: its treatment by intravesical injections of potassium permanganate. The Journ. of cut. and gen. urin. dis. 1895, p. 247.

Valentine schildert das jetzt wohl allbekannte Janet'sche Verfahren, mit welchem er im Allgemeinen gute Resultate erzielt hat. In einigen Fällen persistirte der Ausfluss 12 Tage. Eine Woche nach dem Verschwinden der Gonococcen reizte er die Urethra durch Injection einer 2% Argentum nitricumlösung; fanden sich in dem künstlich erzeugten Ausfluss noch Gonococcen, so wurde die Irrigationsbehandlung noch einmal aufgenommen. War er jedoch gonococcenfrei, dann wurde die Harnröhre nach 8 Tagen noch einmal auf gleiche Weise irritirt und war der Erfolg gleich gut, dann wurden die Patienten als gesund betrachtet.

R. Ledermann (Berlin).

Verhoogen. Le traitement de l'uréthrite chronique par les dilatateurs d'Oberländer. Ann. gen.-ur. 1896, p. 230.

Der ziemlich ausführliche Aufsatz Verhoogen's enthält detaillirte Angaben über Literatur und Art der Behandlung, bringt aber im Grossen und Ganzen nichts Neues.

Barlow (München).

Veillon, A. et **Hallé,** J. Etude bactériologique des vulvo-vaginites chez les petites filles et du conduit vulvo-vaginal à l'état sain. Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. I. Sér. Tome VIII. 1896. Nr. 3, p. 281.

Veillon und Hallé haben 27 Fälle von Vulvo-Vaginitis nur mikroskopisch untersucht und unter ihnen 25mal Gonococcen gefunden. Unter 21 Fällen, die mit der Cultur auf den verschiedensten Nährböden explorirt wurden, fanden sich 17 mit Gonococcen, darunter 5mal in Reincultur, 12mal in Combination mit den normalen Mikroben der Vagina, als welche die Verfasser bei der Untersuchung der Kinder folgende 4 gefunden haben: Bac. pseudo-diphthericus communis; keulenförmiger Bac. pseudo-diphthericus (Weeks); nicht pathogener Streptococcus, Staphylococcus epiderm. albus. In den 4 Fällen, bei denen Gonococcen fehlten, wurden ausser den eben erwähnten Bakterien einmal pyogene Streptococcen, einmal Bacterium coli in Reincultur nachgewiesen. Unter den Gonorrhoen waren 13 Fälle mit typischem eitrigem Secret, 4 mit sehr schwachem Ausfluss und ohne entzündliche Erscheinungen. Aus den Schlussfolgerungen der Verf. sei hervorgehoben, dass sie auf Grund ihrer Untersuchungen für die specifische Natur der meisten Vulvo-Vaginitiden eintreten, dass sie die Möglichkeit von Complicationen betonen, dass die Gonococcen in sehr acuten Fällen in Reincultur vorhanden sind, dass die Vagina des Kindes normalerweise nur nicht pathogene Bakterien enthält. Man muss auch bei sehr geringen klinischen Erscheinungen bakteriologisch untersuchen, meist ist die mikroskopische Controle genügend, doch ist in zweifelhaften oder negativen Fällen die Culturmethode „plus sensible et plus démonstrative". Die Anwesenheit von diphtheriebacillenähnlichen Bakterien in der normalen oder kranken Vagina muss bei der Diagnose der Vulvar-Diphtherie berücksichtigt werden. Die Vulvo-Vaginitis

wird häufig indirect übertragen. — Aus den Cultur-Versuchen der Verf. ist hervorzuheben, dass sie mit Vorliebe mit weiten Reagensgläsern arbeiten und auf deren breiter schräger Fläche isoliren. Die Gonococcen sind ihnen auf Ascites-Agar gut und in Ascites-Bouillon sehr gut, auf gewöhnlichem frisch zubereitetem Agar nur sehr spärlich und in erster Generation gewachsen. In Gelatine mit Ascitesflüssigkeit wachsen sie im Brutofen — die Gelatine erstarrt beim Erkalten; die Gonococcen verflüssigen also nicht. Anaerob sind die Gonococcen nicht gewachsen. Von Thierversuchen ist den Autoren nur einer gelungen: Eine mit einer starken Dosis intraperitoneal geimpfte Maus ist an Peritonitis gestorben; im Exsudat fanden sich Gonococcen. Jadassohn (Bern).

Vignaudon. L'arthropathie blennorrhagique chez l'enfant. Revue mens. des mal. de l'enfance 1895, p. 209.

Aus der Arbeit Vignaudon's über den gonorrhoischen Rheumatismus bei Kindern ist hervorzuheben, dass trotz der geringen Berücksichtigung, welche diese Affection in der Literatur gefunden hat (bisher nur 23 Fälle publicirt), V. sie für relativ häufig hält. Sie tritt bei — vielleicht durch Anaemie prädisponirten Individuen unabhängig vor der Schwere der Blennorrhoe sowohl in deren frühestem Stadium als auch noch nach ihrer Heilung, manchmal mit prodromalem Fieber, Gliederschmerzen etc. auf; ist am häufigsten im Knie, dann im Hand-, dann in den Mehacarpo-Phalangealgelenken localisirt. Meist ist nur ein Gelenk, sehr selten mehr als 2 (und dann immer kleine) Gelenke befallen; die Sehnenscheiden sind oft — auch primär — die Schleimbeutel nie betheiligt. Der Schmerz ist wechselnd, Crepitation sehr selten, immer eine oft enorme Schwellung; die Haut kann normal oder stark geröthet sein. Das Fieber besteht nie lange; die inneren Organe waren immer frei. Ankylosen scheinen sich bei Kindern nicht auszubilden. Hervorzuheben ist, dass der acute Gelenkrheumatismus bei Kindern unter 5 Jahren selten ist.

Jadassohn (Bern).

Vigneron, G. Infektions péri-urétrales; leur traitement. Association francaise de Chirurgie X. Congrès. Séance de 23. octobre. La médecine moderne 1896. Nr. 88.

Vigneron gibt an der Hand von 6 selbstbeobachteten Fällen ein kurzes klinisches Bild der sich an eine Urethritis anschliessenden Infection der urethralen Drüsen mit ihren eventuellen Folgen (periurethraler Abscess, Durchbruch desselben in die Harnröhre oder nach aussen). Er empfiehlt ausgiebige chirurgische Behandlung jeder derart inficirten Drüse, um diesen Folgen vorzubeugen und rühmt die guten Erfolge, die er hierdurch erzielt hat. Joh. Doyé (Breslau).

Wertheim. Ueber Uterusgonorrhoe. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Wien 5.—7. Juni 1895. Referirt im Centralblatt für Gynäkologie 1895, p. 699.

Zu dem sehr interessanten Vortrag über Uterusgonorrhoe erwähnt Wertheim zunächst, dass der Gonococcus in der Mehrzahl der Fälle auf die Schleimhaut beschränkt bleibe und hier die Endometritis intersti-

tialis und glandularis hervorrufe. Daneben finden sich aber in vielen Fällen entzündliche Veränderungen der Muscularis (entzündliche Infiltration des Muskelbindegewebes und Gefässwandhyperplasie), in denen wahrscheinlich auch Gonococcen vorhanden, bisher aber noch nicht nachgewiesen sind: ebenso wenig sind aber andere Bakterien nachzuweisen, so dass für eine Misch- resp. Secundärinfection auch keine Beweise vorhanden sind. Der innere Muttermund besitzt nach seinen beweisenden Untersuchungen nicht die Bedeutung als Hinderniss für das Ascendiren der Gonorrhoe. Die Exacerbationen der Uterusgonorrhoe haben häufig ihre Ursache in einer Alteration des Nährbodens, wie sie durch verschiedene schädigende Einflüsse (Menstruation, Coitus) bedingt wird. In vielen Fällen aber liegt denselben eine frische Infection zu Grunde. Unter den schädigenden Momenten nimmt das Puerperium eine hervorragende Stellung ein; hier findet sehr häufig eine Weiterverbreitung der Gonococcen auf die bisher freie Körperhöhle statt.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Wilhelm, Carl. Das Verhältniss zwischen Gonorrhoe und Tuberculose. (Inaug.-Diss. Königsberg 1892.) Ref. nach Baumgartens Jahresber. Bd. IX. p. 99.

Die Arbeit Wilhelm's stellt aus der Literatur die Fälle zusammen, bei denen die Autoren an eine Mischinfection resp. an eine Beeinflussung der Gonorrhoe durch Tuberculose gedacht haben und in dieser Beziehung bringt der Verfasser eine weitere Casuistik. Aus der ganzen Zusammenstellung geht nun hervor, dass eine Mischinfection durch Gonococcen und Tuberkelbacillen im gewöhnlichen Sinne nicht vorkömmt.

Joh. Fabry (Dortmund).

Winterberg. Zwei Fälle von ulcerativer Endocarditis in directem Anschluss an specifische Urethritis. Festschrift zum 25jährigen Jubiläum des Vereins deutscher Aerzte zu S. Francisco 1869—1894. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1895, p. 927.

Winterberg berichtet über 2 Fälle von ulceröser Endocarditis im Verlaufe von Gonorrhoe, von denen der eine, der zur Section kam, im Leben das Bild multipler gonorrhoischer Arthritis, Pleuritis und Endocarditis (blasende systolische und diastolische Geräusche über Aorta und Pulmonalis) darbot. Die Section ergab eine seröseitrige Flüssigkeit im Herzbeutel, der Herzmuskel selbst von zahlreichen Eiterherden durchsetzt. An Stelle der Pulmonal- und Aortenklappen fand sich eine krümmelige, leicht zerdrückbare Masse, die, mikroskopisch betrachtet, Gonococcen enthielt; in Leber und Milz waren zahlreiche Blutungen; die Niere war amyloid degenerirt. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Wossidlo. Zur Dilatationsbehandlung der Harnröhrenstricturen. (Vortrag gehalten in der Berl. medic. Gesellsch.) Berl. klin. Wochenschrift Nr. 6 1896.

Wossidlo betont den Werth des Endoskopirens, wenn man sich einen Begriff von den Fortschritten einer „wirklichen Stricturheilung" bilden will. Letztere ist daran zu erkennen, dass an Stelle der früher

vorhanden gewesenen starren Infiltrate sich eine gut gefaltete Schleimhaut mit einer von der gesunden nicht verschiedenen Färbung findet. Die Epitheldecke muss gleichmässig, mehr oder weniger glänzend erscheinen. Die Drüsen dürfen an ihren Ausführungsgängen und in ihrer Umgebung keine Spuren von Infiltraten zeigen, die Narben müssen im Niveau der Schleimhaut liegen. Das wird nach Ansicht des Verfassers nicht erreicht mittelst der üblichen Sondendehnungen bis zu 30 Charrière. Da nun höhere Nummern ohne Spaltung des Orificium externum urethrae nicht angewendet werden können, empfiehlt Wossidlo das Oberländer'sche oder Kollmann'sche Dilatatorium. Hiermit werden allmälige Dehnungen derart vorgenommen, dass durchschnittlich jeden 10. Tag eine Sitzung stattfindet, wobei nur um eine bis zwei Nummern der Charrièrescala gestiegen wird, bis Nr. 40—45 erreicht ist. Erst dann ist eine Heilung im obigen Sinne zu erwarten. Die Schmelzung der weicheren, mit Rundzellen durchsetzten Infiltrate geht vor sich unter einer schleimig eitrigen Secretionsentwicklung; wirklich acute Entzündungserscheinungen müssen vermieden werden; sind sie dennoch aufgetreten, müssen bis zu ihrer Beseitigung die Dilatationen ausgesetzt werden (event. Spülungen mit Höllensteinlösungen $^1/_2$—1$^0/_{00}$). Von der Behandlung ausgeschlossen sind „resiliente, harte, callöse Stricturen". Verf. betont, dass die angegebene Methode jede brüske Zerreissung des Narbengewebes vermeidet und nur durch fortgesetzte Dehnung eine allmälige Einschmelzung des Infiltrats bewirkt. Hugo Müller.

Witanoff. Contribution à l'étude du traitement de la blennorrhagie de l'homme par les sels d'argent. (Nitrate d'argent, argentamine et Argentumcaséine.) Thèse de Paris 1896.

Witanoff hat 11 Fälle (theils acute, theils chronische) von Gonorrhoe mit Ausspülungen von Argent. nitr., 13 mit Ausspülungen von Argentamin und einen mit Argent. caseïn (Argonin) behandelt. Die ersten beiden wurden in einer Concentration von 1/4000 bis 1/3000, das Argonin (zu Einspritzungen) von 1/200—1/100. Er hat ausser kleinen Schädlichkeiten, wie minimale Urethralblutungen, leichtes Brennen und geringe Grade von Cystitis keinerlei üble Erscheinungen beobachtet. Bei Argent. nitr. Ausspülungen verschwanden die Gonococcen im Durchschnitt nach 2—5 Tagen, bei Argentamin nach 6—12 Tagen. Der eine mit Argonin behandelte Fall konnte nicht beobachtet werden.

Paul Oppler (Breslau).

Venerische Helkosen.

Audry. Sur un procédé pratique de chauffage des chancres simples. Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 207.

Audry empfiehlt zur Behandlung der Ulcera mollia den Thermokauter. Letzter wird in weiss- oder rothglühendem Zustand, kürzere oder längere Zeit, je nach der Grösse und Intensität der Ulcera dem-

selben auf etwa einen halben Centimeter genähert. Kurze Zeit darauf tritt eine Austrocknung der Oberfläche und an den Rändern kleine blutige Streifen, eventuell mit Röthung der umgebenden Haut bei zu intensiver Anwendung, auf. Falls es nöthig ist, kann man diese Procedur nach 2—3 Tagen wiederholen. Verfasser versichert, die Heilung in viel kürzerer Zeit auf diese Weise zu erzielen, als mit anderen Methoden.

Paul Neisser (Beuthen O./S.).

Audry et Durand, Sur le bubon et son traitement. De l'extirpation des adénites suppurées de l'aine. Gazette hebdomad. de Med. et de Chir. 43. Jahrg. Nr. 60 d. 26. Juli 1896.

Nach Audry und Durand ist es falsch, die im Gefolge von Ulcera mollia auftretenden Bubonen als etwas anderes zu betrachten als alle anderen Bubonen, wenn auch ein bestimmter Procentsatz (15% nach Au. u. D.) von ihnen bei der Eröffnung specifisch virulent ist. Demgemäss entscheiden sich die Autoren für eine rationell chirurgische Behandlung. Ein Mittel, um die Vereiterung entzündlich vergrösserter Bubonen zu verhindern, gibt es nicht; sie vereitern, wenn sie wollen. Die angegebenen Methoden, wie Injectionen in die Drüsensubstanz u. s. w. geben keine besseren Resultate als Ruhe und Vesicantien oder harmlose ableitende Mittel. Die Exstirpation der Drüsen vor der Vereiterung verhindert nicht das Schankröswerden. Demnach gehen die Verfasser bei vereiterten Bubonen so vor: Entweder breite Incision und Curettement des Sackes, wenn der Abscess gut abgekapselt, wenn eine einzige Drüse ergriffen ist und die Umgebung keine nennenswerthe Infiltration aufweist, oder wenn das Gegentheil der Fall ist, lange senkrechte Incision und Exstirpation des ganzen Drüsenpaketes. Paul Oppler (Breslau).

Balzer, M. Sur les complications du chancre mou. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895 p. 405.

Balzer erwähnt als Complicationen des weichen Schankers in erster Linie die Gangrän, von der er eine durch pyogene Bakterien hervorgerufene phlegmonöse, rothe Gangrän und eine durch den septischen Vibrio Pasteurs hervorgerufene schwarze Gangrän unterscheidet; letztere kann in kürzester Zeit zu Verlust der ganzen Penis- und Scrotalhaut und zu typhusähnlichen Erscheinungen führen. Die beste Therapie ist die schleunige Spaltung des Präputiums. An zweiter Stelle erwähnt Balzer den phagedänischen Schanker, der sowohl an Breite wie an Tiefe grosse Ausdehnungen annehmen kann, und dessen Aetiologie eine sehr verschiedenartige sein kann. Die Therapie besteht in Anwendung von antiseptischen und Aetzmitteln, von Cauterisation. Als dritte Complication sind die Bubonen zu erwähnen, welche Verfasser mit kleinen Incisionen mit spitzem Bistouri, Ausspülungen mit 1% Arg. nitr. und Verbänden mit Chlorzinkpaste zu behandeln räth, während er auch anderen Behandlungsmethoden ihr Recht lässt. Paul Neisser (Beuthen O./S.).

Bloom, Historical Sketch of the Etiology of Chancroids. The American Practitioner and News Jan. 1896 (Ref. Edinburgh Medical Journal 1896 Juni).

Bloom bespricht die Entwickelung unserer Ansichten über das Wesen der venerischen Krankheiten, insbesondere des Ulcus molle. Bezüglich der Aetiologie des weichen Chancre theilt er die Ansicht Taylor's (Venereal Diseases 1895), welcher die pyogenen Mikroorganismen als die Ursache ansieht. Pinner (Breslau).

The Treatement of Soft Chancre. The Therapeutic Gazette 16. März 1896 p. 200.

La Tribune médicale Nr. 28, 1895 empfiehlt zur Behandlung des Ulcus molle: Morgens wird das Ulcus abgetupft mit folgender Lösung (Menthol gr. j; Acid carb. Gr. V; Alkohol f ʒ iss) und mit Aristol bepudert. Untertags öfters Waschungen mit Carbolsäure-Solution und Bepudern mit Aristol. Etwas Gaze soll stets das Ulcus bedecken, um das Secret aufzusaugen; ferner sollen alle localen Schädigungen möglichst ferngehalten werden.

Beim phagadenischen Chancre wird zum Betupfen: Cocain gr. j; Ferri mangano-tartaric. gr. XV; Aq. dest. f ʒ iss empfohlen und zum Bepudern eine Mischung von Jodoform und Menthol (20 : 5) neben innerlichem Gebrauch von Ferrum mangano-tartaricum. Pinner (Breslau).

Coignet: Chancrelles traitées par les courants intermittents à haute fréquence. Lyon médical Nr. 34. 1896.

Eine vorläufige Mittheilung Coignet's in der Société des sciences médicales de Lyon über Behandlung des weichen Schankers mit starken faradischen Strömen: Umwandlung des Ulcus molle in ein nicht specifisches Geschwür, welches dann schnell heilt.

Spiegelhauer (Breslau).

Colombini P. La diagnosi batteriologcia dell' ulcera venerea. Gazzetta degli ospedali e della chliniche 27. Febbrajo 1896.

In der Einleitung seiner Arbeit: „Ueber die bakteriologische (besser mikroskopische Ref.) Diagnose des Ulcus molle hebt Colombini hervor, dass ausser der Inoculationsmethode fast keine andere Untersuchungsart (auch nicht die von Balzer empfohlene Methode des Nachweises elastischer Fasern im Secret) eine sichere Diagnose des Ulcus molle gestatte. Nur die Untersuchung auf Ducrey-Unnasche Bacillen gibt Resultate, deren diagnostischer Werth mit dem der Inoculation, deren Anwendung vielfache Unzuträglichkeiten mit sich bringt, gleichzustellen ist. Weiterhin bespricht Colombini ausführlich die Technik der Anfertigung und Färbung von Deckglaspräparaten nach seiner Methode. Dann folgt eine Beschreibung der Ducrey-Unnaschen Bacillen. Zum Schluss spricht C. sein Bedauern darüber aus, dass diese mikroskopische Untersuchungsmethode bisher sich noch nicht in die Praxis eingebürgert hat, obgleich sie sichere Resultate liefert.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Demolder, Sur le traitement des chancres mous. Archives medicales belges. Juillet 1896.

Demolder wendet das von Neisser in Breslau angegebene Verfahren an, das Ulcus molle mit acid. carbol. liquefact zu ätzen, mit Jodo-

form zu bedecken und darüber eine Salbe aus 2 Theilen Argent. nitric., 20 Theilen Perubalsam und 100 Theilen Vaseline zu appliciren. Der Verband wird am 4. Tage gewechselt. Nach 6—7 Tagen ist das Ulcus meist in Heilung begriffen. Auch in Fällen, wo die blosse Jodoformbehandlung nicht zum Ziele führte, wurde in kurzer Zeit (im Laufe einer Woche) mit dem Neisser'schen Verfahren Heilung erzielt. Auf die syphilitische Initialsclerose hat die Behandlung keinen Einfluss. In einem Falle half diese mangelnde Einwirkung auf ein suspectes Ulcus die Diagnose auf syphilitischen Primäraffect begründen.

Felix Pinkus (Breslau).

Dubujadoux, Traitement du bubon d'origine chancreuse par l'injection préalable de salol camphré iodoformé. Archives de médec. et de pharmac. militaires Nr. 8. Aug. 1896.

Dubujadoux hat auf Grund früherer guter Erfahrungen betreffend die antibakterielle Wirksamkeit des Salolum iodoformo-camphoratum, eine Anzahl von Ulcus molle-Bubonen vor der Incision mit Injectionen dieses Mittels — $\frac{1}{3}$—$\frac{2}{3}$ einer Pravaz'schen Spritze, je nach der Grösse des Bubo — behandelt. Am folgenden Tage kleine Incision, Entleerung des zu Fäden und „Würmern" zusammengeballten Eiters, und Tamponade mit Tampons, welche mit einer Lösung des oben genannten Mittels getränkt waren. Gerühmt wird das schnelle Verschwinden der eitrigen Secretion, die Schmerzlosigkeit des Verfahrens und die schnelle Narbenbildung. Wie aus den beigegebenen Notizen über 18 auf diese Weise behandelten Fällen hervorgeht, betrug die Durchschnittsbehandlungsdauer 7 Tage. Paul Oppler (Breslau).

Durand, Victor. Chancre simple perforant du prépuce. Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 208.

Der Patient Durand's litt an Ulcera mollia und durch diese bedingter Phimose. Ohne Abscess und Phlegmone wurde im Verlaufe der Erkrankung das Präputium von dem darunter befindlichen ältesten Ulcus perforirt. Nach der Phimosenoperation heilten sowohl die Ulcera, wie die Perforationsstelle schnell aus. Paul Neisser (Beuthen O/S.).

Estay. Contribuito allo studio delle applicazione delt' eurofene nella cura dell' ulcera molle. Thèse de Paris. 1895 Ref. in Il Morgagni. 18. Aprile 1896.

Estay hat in 6 (!) Fällen von Ulcus molle das Europhen mit gutem Erfolge (Heilung in mindestens 10 Tagen) angewendet und rühmt an dem Mittel: dass es in loco Joddämpfe entwickelt, dass es leicht caustisch und zugleich antiseptisch wirkt, dass es geruchlos ist, dass es ein sehr geringes specifisches Gewicht hat und dass es leicht auf der Wundfläche haftet. Estay zieht es daher dem Jodoform vor und empfiehlt seine Anwendung bei einfachen und bei eiternden Wunden.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Giovannini. Il valore del sublimato come preservativo dell'ulcera venerea. Gazetta Medica di Torino. Nr. 49. 1896.

Giovannini hat über die Wirksamkeit des Sublimats als Präventivmittel gegen Ulcus molle experimentelle Untersuchungen angestellt in der Weise, dass er bei Patienten (11 männl. und 6 weibl.), die an Ulcus molle litten, Inoculationen auf die Mitte der inneren Oberschenkelpartie machte und nach verschieden langer Zeit mit verschieden concentrirten Sublimatlösungen diese Inoculationen behandelte. Er kam dabei zu folgenden Schlüssen: 1. Nach einem suspecten Coitus soll man so schnell als möglich die Genitalien mit einer Sublimatlösung waschen; keinesfalls darf man damit länger als 8 Stunden warten. 2. Am besten nimmt man Sublimatlösung 1 : 1000, namentlich, wenn nach der Infection mehrere Stunden verflossen sind. Schwächere Lösungen bis zu 1 : 4000 darf man nur in den Fällen anwenden, in denen noch nicht eine Stunde seit dem betreffenden Coitus verflossen ist. Vortheilhaft ist es bei der Bereitung der Sublimatlösungen auf ein Theil $HgCl_2$ 5 Theile Kochsalz zuzusetzen. 3. Natürlich müssen alle Falten an den Genitalien sorgfältig berücksichtigt werden. 4. Schleim und Smegma sind bei den Waschungen peinlichst zu entfernen. 5. Die Prädilectionsstellen des Ulcus molle (beim Manne: das innere Präputialblatt, der Sulcus coronarius und das Frenulum; beim Weibe: die Fossa navicularis und die kleinen Labien) und Excoriationen und Exulcerationen müssen besonders vorgenommen werden. 6. Die Waschungen müssen stets einige Minuten lang ausgeführt werden und müssen um so länger ausfallen, je längere Zeit seit dem inficirenden Coitus verstrichen ist, und je schwächere Sublimatlösungen verwendet werden. Ferdinand Epstein (Breslau).

Groleau. Les particularités du chancre mou des doigts. Thèse de Paris. Mai 1896. Ref. in Gazette hebdomad. de méd. et de chir. Nr. 50. 1896.

Groleau betont, dass der weiche Schanker am Finger verhältnissmässig selten vorkomme, dass er aber diagnostisch häufig Schwierigkeiten machen könne, insofern als er zuweilen unter dem Bilde einer einfachen inficirten Wunde, eines Nagelgeschwüres, einer Verbrennung oder einer Frostbeule auftritt. Manchmal verursacht er enorme Schmerzen. Meist schwellen im Verlaufe die Cubitaldrüsen. Die beste Behandlung ist der Jodoformverband. Ferdinand Epstein (Breslau).

Guiteras. Ein Fall von weichem Schanker am Anus. New-York akademie of medic. 14. April 1896. Journ. of cutan. and gen.-urin. dis. Juni 1896.

Guiteras stellt einen jungen Mann mit zahlreichen Schankern am Anus, die seit 4 Monaten bestanden, vor. Patient bestreitet irgend welche präternaturalen sexuellen Manipulationen vorgenommen zu haben; er gibt vielmehr an, dass sich die Schanker am Anus im Anschluss an gleiche Ulcerationen am Penis entwickelt haben. Verf. betont, dass obgleich die Autoritäten gewöhnlich die Entstehung der weichen Schanker am Anus auf Päderastie zurückführen, dennoch eine Autoinoculation leicht möglich sei. — In der Discussion gibt Fuller an, dass der Patient, der 3 Monate vorher in seiner Behandlung gewesen sei, damals Coitus per

rectum zugegeben habe. Auch Hayden erwähnt gleiche Angaben von dem Manne erhalten zu haben. Ledermann (Berlin).

Hayden, James R. Jodoform-ointment injections in the treatment of suppurative adenitis of the groin. The amer. assoc. of gen. ur. surgeons. 28 May. The Journ. of cut. and gen.-ur. dis. 1895. V. 299.

Hayden hat folgende Methode der Behandlung von Leistendrüsenbubonen mit befriedigendem Erfolge ausgeführt und empfiehlt dieselbe: Nach sorgfältiger Reinigung und Desinfection der Haut werden zunächst wenige Tropfen einer 4% Cocainlösung in die zu punktirende Hautstelle injicirt. Dann wird der Eiter durch eine kleine Punction entleert und die Abscesshöhle mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt, mit einer Sublimatlösung (1 : 5000) ausgewaschen und mit Injection einer 10% Jodoformsalbe ausgefüllt. Auf die Wunde kommt ein kalter Sublimatumschlag. Der Patient muss 48 Stunden ruhen, wenngleich Bettruhe nicht unbedingt nothwendig ist. Am 3. oder 4. Tag wird der Verband entfernt. Discussion: Otis hat die Methode gleichfalls geübt, hat jedoch häufig 2 oder 3 Jodoformsalbeninjectionen bis zur definitiven Heilung gebraucht und in einigen Fällen das Jodoform mit gutem Erfolge durch Perubalsam ersetzt. Auch hat er von Jodol gute Resultate gesehen. Post hat nach einfacher Entleerung des Bubos ohne nachfolgende Jodoformsalbeninjection oft Heilungen erzielt. Er betont, dass überhaupt eine Methode nicht für alle Fälle passend ist. Taylor hat mit der Scott-Helm-Fontanmethode (?) einheitlich gute Resultate erzielt und empfiehlt besonders das Auswaschen der Wunde mit Wasserstoffsuperoxyd. Lewis erzielt bei genügend frischen Fällen durch einfache Incision mit einem Bistourie und nachfolgenden Compressionsverband in der Regel gute Erfolge. Bei Exstirpation der Drüsen und Intactheit der bedeckenden Haut hat er oft Heilung per primam intentionem gesehen. Die Injectionsmethode mit Jodoformöl, nach vorhergehender Auswaschung der Höhle mit Wasserstoffsuperoxyd und Sublimatlösung hat ihm wechselnde Resultate geliefert. James Zell weist darauf hin, dass bei Vorhandensein von periglandulärer Entzündung und Drüsenresten nach der Entleerung des Eiters die Injectionsbehandlung nicht anwendbar ist. Otis räth bei septischen Drüsen zur Totalexstirpation und lässt die Kranken 2 bis 3 Wochen das Bett hüten: Hayden beschränkt die Injectionsbehandlung nur auf wirkliche Abscesse. Ledermann.

Nicolich. Vasto ascesso delle parcti abdominali provocato da un' adenite inguinale venerea. La settima divisione sifilitico-chirurgica. Estratto dal Resoconto sanitario dello spedale civico di Trieste per l'anno 1893. (Ref. Ann. gen.-ur. 1896, p. 66.)

Nicolich's Patient war ein Matrose von 24 Jahren, der vor einem Monate eine doppelseitige Leistendrüsenvereiterung in Folge weicher Schanker durchgemacht hatte. Derselbe bemerkte eine harte Stelle in der Bauchwand unterhalb des Nabels, welche bald zu fluctuiren begann. Dabei hohe Temperatur. Die Bubonen waren seinerzeit operirt worden und be-

reits geheilt bis auf eine kleine Fistel auf der linken Seite. Von dieser aus hatte ein grosser Abscess unterhalb des Nabels sich gebildet, welcher erst nach mehreren vergeblichen Incisionen vollständig geöffnet wurde. Nach 100 Tagen Heilung. Barlow (München).

Perry. The Etiology and Treatment of Venereal Buboes. The American Journal. 1896 Novbr.

Perry kommt auf Grund umfangreicher literarischer und statistischer Studien zu folgenden Schlüssen: 1. Der Bubo entsteht durch Absorption chemischer Giftstoffe, welche Producte des Mikroorganismus im Ulcus molle sind. Der Bacillus selbst geht nicht in die Lymphbahnen. 2. Injectionen von Hydrargyrum benzoatum geben bei nicht vereitertem Bubo gute Resultate; erst wenn diese Therapie versagt, ist die Exstirpation gerechtfertigt. 3. Injectionen von Jodoformöl können mit gutem Resultat bei frisch vereiternden Bubonen zur Anwendung kommen. 4. Incision und Curettement leisten gute Dienste bei schlecht ernährter Haut und bei schlaffen Granulationen. 5. Die Excision bleibt als Ultima ratio für diejenigen Fälle übrig, bei welchen die vorher erwähnten Methoden nicht zum Ziel führten. Pinner (Breslau).

Owings, Edward R. Bericht über einen Fall von phagedänischem Schanker. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. Juni 1896.

Den nachfolgenden, von Owings beschriebenen Fall von phagedänischem Schanker geben wir etwas ausführlicher wieder, weil er als abschreckendes Beispiel einer fehlerhaften Therapie gelten kann. Owings sah seinen Kranken drei Wochen nach der Infection. Das sehr lange Präputium konnte noch zurückgezogen werden, die Glans penis und Mucosa praeputii waren mit stecknadelkopf- bis 5 Mm. grossen oberflächlichen Geschwüren bedeckt. Es bestand Eitersecretion aus der Urethra, die Leistendrüsen waren intact. Die Ulcera wurden mit rauchender Salpetersäure geätzt; ausserdem Sublimatirrigationen (1 : 10000) und Aufstreuen von Dermatol. Die Geschwüre nahmen an Zahl und Umfang zu. Nach einigen Tagen erneute Cauterisation der ganzen Oberfläche der Glans und der Mucosa praeputii mit Salpetersäure (!). Am folgenden Tag war Patient unfähig das Präputium zurückzuziehen. Sublimatirrigationen. Zwei Tage später: Penis stark geschwollen. Phimosis mit starker eitriger Secretion und starkem Foetor. In Aethernarcose Incicision des Präputiums. Die ganze Mucosa praeputii und der grösste Theil der Glans jetzt in ein grosses Ulcus verwandelt, das Frenulum zerstört; das Ulcus mit einer schmutzig grauen Membran bedeckt. Erneute Cauterisation mit Salpetersäure (!!). Fünf Tage später Vergrösserung des Geschwürs. Wiederum in Aethernarcose Aetzung mit Salpetersäure. (!!) Jetzt drei Mal täglich Wasserstoffsuperoxydspray auf das Ulcus mit besonderer Berücksichtigung der Geschwürsränder. Allmälige Besserung des alten Ulcus und Entwicklung eines neuen Ulcus an der rechten Seite des Dorsum penis, das wieder in narcosi mit Salpetersäure geätzt wurde. Auch die Urethra wurde wegen Verdachts auf ein intraurethrales Geschwür einer gleichen Behandlung unterzogen (!). Nach dieser Cauterisation An-

schwellung der Leistendrüsen, die nach einigen Tagen zurückging. Nochmalige Aetzung eines kleinen neuen Ulcus der Glans mit Salpetersäure (!). Dann allmälige Heilung unter Verlust des Präputiums und Frenulums. Prompte Cauterisation ist nach Verf. das einzig wirksame Mittel für die Behandlung weicher Schanker. Commentar überflüssig.

Ledermann (Berlin).

Rondelli. Alcuni tentativi di cura des bubons non suppurati con iuiczioni intra-glandorari di olio di trementina. Giorn. della R. Acc. di med. di Forino, 1894, et Gazzetta med. Lombarda. 1894. Nr. 27. (Ref. Ann. gen.-ur. 1896, pag. 857.)

Rondelli publicirt nach der Methode von Giovannini vorgenommene Terpentincuren bei eiternden Bubonen. Giovannini glaubt, dass man durch Anregung einer intensiven Eiterung an Bubonen mit langsamen Verlauf Zerstörung der Drüse und folglich eine schnellere Heilung zu Stande bringen könne. In Folge dessen hat er als reizende Injection Terpentinöl verwendet. Die Methode wurde bei 8 Patienten angewendet, von denen 7 einen Bubo hatten, der sich an weiche Schanker anschloss, und an einem, dessen Adenitis einer Blennorrhagie folgte. Die Technik ist sehr einfach. Nach dem Rasiren der betreffenden Inguinalgegend fasst man die Drüse zwischen die Finger, sticht die Nadel einer Pravazspritze hinein und spritzt ungefähr 1 Ccm. Terpentinöl ein. Sofort entsteht ein lebhaft lanciuirender Schmerz in der Drüse, welcher allmälig wächst, um 1 Stunde nach der Injection sein Maximum zu erreichen. Ein paar Stunden nach der Injection ist das Ganglion bedeutend geschwellt, die darüber liegende Haut roth und gespannt. Am 2. Tage beginnt Eiterung, die am 3. oder 4. Tage vollständig ist. Entleert man den Bubo, so erhält man eine reichliche Menge nach Harz riechenden Eiters. Die Heilung erfolgt schnell. Meist bringen die Injectionen etwas Fieber bei den Kranken hervor, 38·2°—39·5°.

Barlow (München).

Sorel. Deux observations de chancres simples extragénitaux. Chancre sus-malléolaire. Chancre du pénis. Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 417.

Im Verlauf einer kleinen Epidemie von Ulcera mollia im Januar 1896 zu Toulouse (20 Fälle) waren 3 extragenitale Ulcera mollia zu constatiren. Während der eine Fall (ein Ulcus molle in der Supraclaviculargegend) schon von Rouanet beschrieben ist, theilt Sorel die 2 anderen Fälle mit: In dem einen war ausser einem Ulcus molle am Penis ein solches oberhalb des rechten Malleolus internus (mit Ducrey'sche Bacillen) zu constatiren. In dem zweiten Falle entstanden — neben dem vorhandenen Ulcus am Penis — in der wegen Phthirii rasirten Schamgegend 2 Ulcera an zwei durch das Rasirmesser verursachten Schnittwunden.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Tuttle, J. P. Two cases of urethrae chancre, with unusual secondary symptoms. (The american association of genito-urinary surgeons.) The Boston medical and surgical Journal. Nov. 5. 1896.

Im ersten Falle Tuttle's trat unter Fieber ein masernähnlicher Ausschlag auf, bei dem nur die auf Rumpf und Extremitäten beschränkte Localisation und die Kupferfarbe sowie die fehlende Bronchitis den Unterschied vom klinischen Bild der Masern bildeten. Im zweiten Fall bestanden heftige, Nachts exacerbirende Muskelschmerzen; später entwickelte sich eine Endocarditis, dann eine Meningitis. Vielleicht handelt es sich, nach Tuttle's Meinung, hier um eine Complication mit acutem Gelenkrheumatismus. Pinkus (Breslau).

Syphilis. Allgemeiner Theil.

Abrahams, R. Syphilis or Tuberculosis. Report of a Case Medic. Record. 28. Dec. 1895.

Abraham's 35jähriger Patient erkrankte an Tuberculosis pulmonum mit Blutung, reichlich Bacillen etc. Besserung durch Creosot. Frische syphilitische Infection; Secundärerscheinungen unter starkem Fieber. Unter 50 Inunctionen und JNa. heilt die Lues und — jede Spur von Tuberculose schwindet. J.

Ahlmann, Max. Das Fieber im Eruptionsstadium der Syphilis. Inaug.-Diss. Greifswald 1895.

Nichts Neues. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Basilevski. Syphilis extra-génitale. Société médicale de Kief ref. in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1896. Nr. 79.

Basilevski berichtet über einen Fall von extragenitaler syphilitischer Infection. Eingangspforte war eine Schnittwunde am Kinn. Er lässt es unentschieden, ob die Infection durch Küssen eines Syphilitischen oder durch die später benutzten Utensilien eines unsauberen Friseurs zu Stande gekommen ist. Doys (Breslau).

Batut, Louis. De la sterno-myosite syphilitique. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, pag. 394.

Nach einer Aufzählung der in der französischen Literatur vorhandenen 16 Fälle von Gummata des Musculus sternocleidomastoideus berichtet Batut über 2 von ihm beobachtete Fälle. Es handelt sich, wie schon oben angedeutet, bei dieser Erkrankung um tertiäre Erscheinungen bei schlecht oder gar nicht behandelten Individuen; dieselben entstehen eminent chronisch ohne Schmerzen und Fieber, fühlen sich sehr hart an, können aber auch erweichen und vereitern, und reagiren prompt auch grosse Dosen Jodkali.
Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Bull. du Synd. des méd. de la Seine, April 1896. Nourrices et nourrissons syphilitiques. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 376.

Das Bull. du Synd. des méd. de la Seine bringt ausführlich die Gutachten zweier Instanzen in einer Entschädigungsklage einer Amme, die von ihrem Säugling, der bei der Geburt keinerlei Zeichen von Syphilis hatte und ihr von der Verwaltung des Enfants-Assistés de Deux-Sèvres zum

Stillen übergeben wurde, syphilitisch inficirt worden war. Nachdem die Verwaltung in der ersten Instanz zu einem Schmerzensgeld verurtheilt worden war, wurde sie in der zweiten Instanz freigesprochen, da sie keinerlei Schuld träfe, indem sie ein für völlig gesund gehaltenes Kind einer gesunden Amme zum Nähren übergeben habe.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Caporali, R. Infezione sifilitica prevalente con lieve infezione malarica; tumore di milza con cirrosi epatua incipiente a prevalenza di natura sifilitica. Gazzetta degli ospedali della cliniche 14 Marzo 1896.

Caporali berichtet von einem 38j. Maurer (angeblich kein Potator), der vor 7 Jahren eine leichte Malaria durchgemacht und 1 Jahr darauf eine Lues acquirirt hatte, in deren Verlauf er bereits eine Apoplexie mit Hemiparesis dextra erlitten hatte. Die gegenwärtige Krankheit des Patienten begann vor 4 Jahren und zwar mit einer Milzschwellung, die im Laufe der Zeit so zugenommen hatte, dass jetzt die ganze linke Seite des Bauches von einem brettharten höckrigen, mit einer grossen Incisur versehenen Milztumor eingenommen ist. Gleichzeitig besteht geringer Ascites und leichte Lebercirrhose. Hämoglobin 85 Perc. Verhältniss der Leukocythen zu den Erythrocythen wie 1 : 964; keine granulirten einkernigen Leukocythen. Caporali ist der Ansicht, dass in diesem Falle die Lues die Hauptrolle spielt, während er einen allerdings nur geringen Einfluss bei der Erzeugung des Milztumors einer Malariainfection zuspricht. In der Anamnese und im Status fehlen Temperaturangaben.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Catrin. Observation de contagion de syphilis au moyen d'un rasoir contaminé. Société médicale des hôpitaux. Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 436.

Ein 71jähriger Mann inficirte sich nach dem Bericht Catrin's durch einen Schnitt am Kinn mit dem Rasirmesser seines syphilitischen Sohnes. Da die Syphilis ziemlich ernst auftrat (nach 9 Monaten doppelseitige Iritis), wirft Catrin die Frage auf, ob dies durch die extragenitale Infection oder durch das hohe Alter des Patienten bedingt sei.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Dietz. Syphilis tertiaire. Société de méd. d'Auvers. Gaz. méd. de Liége. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 497.

Dietz demonstrirt eine Familie mit tertiär syphilitischen Erscheinungen. Die Mutter leidet an Glossitis, Leukoderma, Periostitiden und einem enorm grossen Syphilom der linken Brust. Die Kinder zeigen ebenfalls sämmtlich Zeichen tertiärer Syphilis und zwar die ältesten am ausgesprochensten, die jüngeren im geringeren Masse. Ein Kind hat die Hutchinson'sche Trias. Das älteste Kind, das vor der Infection der Mutter geboren wurde, hat sich später durch Küsse, die es den jüngeren Kindern gab, inficirt, und man sieht noch heut an der Lippe die Narbe von der alten Sclerose.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Evans, Willmot. The Causes of the Localisation of Gummata. The American Journal of the Med. Scimies. Vol. CXII. Nr. 1. Juli 1896.

Evans nimmt an, dass die tertiären Producte der Syphilis nicht mehr contagiös sind, da die pathogenen Organismen nicht mehr im Körper circuliren. Vor dem Absterben produciren sie jedoch eine Quantität Toxine zweifellos chemischer Natur, denn das Gumma unterscheidet sich wesentlich von anderen Entzündungen. Vor der Verkäsung finden sich z. B. im Centrum Riesenzellen (letztere entstehen übrigens nach E. durch einen Reiz, der auf die Zelle ausgeübt wird, zu schwach ist die Zellkörper zur Theilung zu veranlassen, jedoch kräftig genug um die Kerne zur Vermehrung anzuregen) u. a. Nachdem also E. zu dem Resultate gekommen ist, dass das Gumma durch einen specifischen Reiz verursacht wird, bespricht er an der Hand von Fällen und klinischen Beobachtungen die Frage der Prädilectionsstellen der Gummata und folgert: 1. ein Organ muss schlecht mit Blut versorgt sein, um der Sitz eines Gumma werden zu können, 2. dass jedes Moment, welches die Lebensbedingungen eines Organes verändert, wie mechanische Reize, excessiver Gebrauch oder Unterbrechung der Blutzufuhr, dasselbe für gummöse Erkrankungen prädisponiren. Paul Oppler (Breslau).

Fordyce, John A. Clinical and pathological notes on Syphilis. (The american association of genito-urinary surgeons.) The Boston medical and surgical Journal. Nov. 5. 1896.

Fordyce bespricht besonders die secundären und tertiären Formen der Myositis syphilitica. Einzelne Muskeln werden vorzugsweise befallen, besonders Biceps, Vorderarmbeuger, Masseter, Deltoides, Sternocleidomastoideus und Sphincter ani externus. Bei diffuser Myositis beginnt die Veränderung in den Blutgefässen des interfibrillären Gewebes, erst secundär leidet die Muskelsubstanz. In vernachlässigten Fällen tritt ev. unheilbare Atrophie ein. Pinkus (Breslau).

Fournier. Fréquence relative des accidents du tertiarisme. Bulletin médical. 3. Mai 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 368.

Fournier fand unter 4000 tertiär syphilitischen Fällen:

Hautaffectionen	31·8	Proc.	Sarcocele	6·1	Proc.
Tabes	16·9	„	Zungenerscheinungen	5·7	„
Gehirnsyphilis	15·0	„	Affectionen d. weichen Gaumens	5·0	„
Knochenaffection	11·4	„	Progressive Paralyse	4·0	„
Gummata	6·3	„	Befallensein der Nasenknochen	3·4	„

Affection d. harten Gaumens 2·55 Proc.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Fournier (de Briey). Réinfection syphilitique. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Nr. 71., 1896.

Beim französischen medicinischen Congress in Nancy berichtete Fournier über einen Fall von Reinfectio syphilitica. Die erste Infecton lag 15 Jahre zurück und war damals 5 Jahre lang intermittirend

nach Fournier mit Quecksilber behandelt worden. Patient hatte dann geheiratet, 3 gesunde Kinder gezeugt und sich stets wohl gefühlt. Fournier schliesst daher: die Syphilis ist bei der intermittirenden Hg-Behandlung nach Fournier bei manchen Personen in 5 Jahren vollständig heilbar, denn sonst hätte sein Patient nicht die 2. Lues acquiriren können. In der Discussion wendete sich Barthélemy — da in Frankreich eine Reinfection nicht anerkannt wird — besonders gegen die deutschen Angaben von Reinfectio syphilitica.

Spiegelhauer (Breslau).

Goldenberg, S. M. 2 Fälle von Reinfectio syphilitica. Jeszenjedelnik. 1895. Nr. 37, pag. 531—532. Russisch.

Goldenberg beschreibt zwei Fälle von Reinfectio syphilitica, welche bei der ersten Infection ebenfalls unter seiner Beobachtung sich befanden. — Der erste Pat. war zum ersten Male inficirt im Juni 1891 und die Reinfection mit deutlichen primären und secundären Erscheinungen trat nach 4 Jahren auf. Der zweite Pat. wurde wegen seiner ersten luetischen Erkrankung im Januar 1892 behandelt und nach 3½ Jahre trat eine Reinfectio syphilitica auf ebenfalls mit deutlichen primären und secundären Erscheinungen. Goldenberg schliesst seine Mittheilung mit der Bemerkung, dass die genannten Fälle insofern interessant sind, als sie hinweisen 1. auf die vollständige Heilung der Syphilis, 2. auf Reinfectio syphilitica und 3. dass die einmal durchgemachte luetische Erkrankung keinen Einfluss auf die Abschwächung der Form der neuen syphilitischen Erkrankung hat. A. Grünfeld (Rostow am Don).

E. H. I. Communication de la syphilis par un enfant à sa nourrice. Responsabilité des parents. II. Silence du médecin. Responsabilités. Ref. in la médecine moderne. Nr. 100. 1896.

Der Pariser Gerichtshof hat eine sehr interessante Entscheidung in einem Rechtsstreit gefällt, in dem es sich um Uebertragung der Syphilis eines anfangs gesunden resp. gesund erscheinenden Kindes auf Amme und consecutiv auf deren Mann und Kind handelte. — Beide Kinder starben und die Amme endete durch Selbstmord. Die angestrengte Klage wurde vom Seinetribunal mit folgender Begründung zurückgewiesen: 1. Die Amme resp. ihr Mann kann nicht beweisen, dass durch das fremde Kind die Krankheit auf sie übertragen worden sei. 2. Können sie nicht beweisen, dass das Kind die Syphilis schon gehabt habe, als sie es in Pflege genommen. 3. Vorausgesetzt, dass das Kind die Syphilis bereits vorher gehabt hat, können die Kläger doch nicht beweisen, dass seine Eltern es gewusst haben. Der von der Amme Mann angerufene Appellationshof holte das Gutachten Fournier's ein und gab ihm besonders zwei Punkte zu beantworten: 1. ob die bei der Amme sicher constatirte Lues auch von dem Pflegling stamme und woher dieses dann wieder seine Syphilis habe, 2. ob die Eltern des syphilitischen Kindes zur Zeit, als sie es der Amme in Pflege gaben, gewusst hätten, dass das Kind diese Krankheit auf die Amme übertragen könne. Fournier gab folgendes Gutachten ab: Es steht zweifellos fest, dass der Pflegling von hereditärer Lues be-

fallen war und diese Krankheit auf seine Amme übertragen hat, von der wieder ihr Mann und ihr Kind syphilitisch wurden. Ueber den zweiten Theil der ersten Frage konnte der Sachverständige keine sichere Auskunft geben, da sich weder bei Vater noch Mutter des Pfleglings trotz genauester Untersuchung Syphilis resp. Residuen von ihr nachweisen liessen, dass aber die Syphilis des Kindes von einem der Eltern „resp. Erzeugern" herrühre, sei sicher, jedoch liesse sich nicht sicher sagen, von wem. Er fügte noch hinzu, dass derjenige Theil, welcher sich schuldig gefühlt hätte, es nicht hätte zugeben sollen, dass das Kind einer Amme übergeben würde. Bei der Verhandlung berief sich der klägerische Anwalt auf eine im April (19.) 1874 vom Pariser Gerichtshof gefällte Entscheidung, wonach in einem ähnlichen Falle die Eltern als solche (bei der Mutter war die Syphilis nachgewiesen) verurtheilt worden waren, ohne dass das Gericht darnach gefragt hatte, ob die Eltern von der Krankheit ihres Kindes gewusst. Der Gerichtshof wies jedoch die Klage mit folgender Begründung zurück: In der Erwägung, dass es ungerecht sei, „beide" Eheleute zu verurtheilen, da einestheils eine gesunde Frau von einem syphilitischen Mann, ohne selbst syphilitisch zu werden, ein syphilitisches Kind gebären könne, umgekehrt aber auch die Frau syphilitisch und der Mann gesund sein und bleiben könne und drittens aber auch beide gesund sein könnten — jedoch nicht der Hausfreund — sei die Klage fallen zu lassen, da der schuldige Theil, von welchem der Pflegling die Syphilis gehabt habe, nicht zu ermitteln sei. Im Anschluss hieran macht Dr. H. aufmerksam auf die Verantwortlichkeit des Arztes, was das Ammenwesen betrifft und weist auf eine Entscheidung des Civilgerichtes von Amiens (12. August 1893) hin: da der Hausarzt eine Amme gestattete, da er diese auf Kosten der Eltern immerfort besuchte und da die Syphilis auf die Amme beim Stillen übertragen wurde, so kann die Amme nicht nur die Eltern — sondern auch den Arzt verklagen. Denn der Arzt kann nicht beweisen, dass er die Amme nur auf Kosten der Eltern besuchte, dass er ihr die Krankheit des Kindes nicht zu verheimlichen hatte und dass sein Stillschweigen nur bestand in einer Unterlassungssünde, die mit seiner Verantwortlichkeit als Arzt nichts zu thun hatte: Der Arzt hat sicher, sobald sich bei dem Kinde Zeichen von hereditärer Lues zeigen, die Pflicht, Massnahmen zu treffen, dass die Amme nicht angesteckt wird.

Theodor Spiegelhauer (Breslau).

Hawthorne. A Syphilitic Family History. — The Glasgow Medical Journal. April 1896. pag. 291.

Hawthorne berichtet über eine Familie, deren überlebende Mitglieder mehr oder weniger ausgeprägte Symptome von Lues hereditaria darbieten (Hutchinson'sche Zahnbildung, Keratitis interstitialis etc.). Die Eltern sind todt; über ihre Lues ist nichts bekannt. Die Mutter war 7 Mal gravid; ein Abort im vierten Monat, 2 Kinder ganz jung an „Hydrocephalus" (?) gestorben. — Interessant ist es, dass die hereditären Luessymptome bei den 4 überlebenden Kindern unregelmässig in ihrer Intensität sich darbieten, und nicht — wie es gewöhnlich der Fall zu

sein pflegt — die Hochgradigkeit der Lueseinwirkung allmälig von Geburt zu Geburt abnimmt. — Bei dem sechsten Kinde trat im 14. Lebensjahr paroxysmale Hämoglobinurie auf, welche nochmals recidivirte. Verf. rechnet dieses Symptom zu den Folgeerscheinungen der Lues und führt einige Literaturdaten an, welche dasselbe erweisen sollen. Pinner.

Howard, Paxton Collius. Bericht über einen Fall von Reinfectio syphilitica. Journal of cut. and genito-urin. Diseases. Aug. 1896.

Der 28jährige Patient, ein Minenarbeiter, hatte vor 8 Jahren einen Schanker gehabt, dem Secundärerscheinungen gefolgt waren. Die von demselben herrührende Narbe ist an der Dorsalfläche des Penis etwa einen halben Zoll von der Glans entfernt localisirt. Der Schanker erschien damals 21 Tage nach dem Beischlaf. Später entwickelte sich Roseola am Körper, Alopecie und Plaques mouqueuses in Mund und Rachen. Die Behandlung wurde zur Zeit über 2 Jahre ausgedehnt, während welcher Zeit Patient zweimal Curen in den heissen Quellen zu Arkansas durchmachte, gleichzeitig von competenten Aerzten mit Hg behandelt wurde. Während der ersten Monate nach der Erkrankung litt er öfters an Plaques mouqueuses im Munde. Er blieb dann 6 Jahre vollständig frei von syphilitischen Erscheinungen. Als Verf. ihn vor einem Jahre sah, litt er an rheumatischen Beschwerden, die er auf seine Beschäftigung als Minenarbeiter schob. Von Lues waren Symptome nicht zu finden. 9 Jahre nach dem ersten Schanker und 28 Tage nach dem Coitus erschien ein Schanker an der Dorsalfläche des Penis nahe der Corona, dessen Narbe vom Verf. noch gesehen und gefühlt werden konnte. 6 Wochen später entwickelten sich Plaques in der Umgebung des Anus, die mit verschiedenen Salben ohne Erfolg behandelt wurden. 2 Wochen später und 2 Monate nach dem Erscheinen des Schankers erschien eine Eruption auf der Kopfhaut und am Ende der 10. Woche eine Plaque mouqueuse an der Unterfläche der Zunge links vom Frenulum; in der 13. Woche nachher entwickelten sich Flecke in der rechten Glutealgegend von der Grösse eines 25 Centstücks, dunkler Farbe, excoriirt und schwer heilend; in der 17. Woche der Erkrankung sah ihn Verf. und constatirte epitrochlere, suboccipitale und inguinale Drüsenschwellung. Collius hält diesen Fall für eine reine Reinfectio syphilitica, den einzigen Fall, den er in seiner grossen Praxis mit Sicherheit constatirt hat. R. Ledermann (Berlin).

Jacquinet. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Thése de Paris, 1895. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895. pag. 377.

Jacquinet schildert die ungünstige Prognose, die eine Combination von Tuberculose und Syphilis bieten, indem gewöhnlich die Tuberculose dabei in dem durch Lues schon geschwächten Körper schnellere Fortschritte mache und jeder Versuch, die Lues zu behandeln, die Tuberculose verschlimmere. Eine möglichst peinliche Prophylaxe sei also jedem Luetiker, besonders mit Mund-, Rachen- oder Larynx-Erscheinungen dringend anzurathen. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Lefour. Syphilis et grossesse. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895. pag. 224.

Lefour demonstrirt eine einem 3 Monat alten Kinde amputirte supplementäre grosse linke Zehe. Die Vorgeschichte der Eltern ist folgende: Der Ehegatte, der 1880 sich luetisch inficirt hatte, steckte 1885 bald nach seiner Verheiratung seine Gattin an. 1887 am Ende des 7. Monats der Gravidität Ausstossung zweier macerirter Früchte, 1889 im 8. Monat Frühgeburt eines nach 24 Stunden zu Grunde gegangenen Kindes. 1891 neue Gravidität mit Hydramnios und Geburt (durch Wendung) einer macerirten Frucht. Nach sehr energischer antisyphilitischer Behandlung beider Ehegatten Geburt des bis auf die Missgestaltung völlig normalen 3½ Kilo wiegenden Kindes, bei dem sich auch während der 3 Monate seines Lebens keine Zeichen von hereditärer Lues zeigen. Vortragender schliesst seine Demonstration mit der Frage, ob man diese Missgestaltung in Verbindung mit dem dabei vorgekommenen Hydramnios nach dem Vorgange Fournier's der vorangegangenen Syphilis in die Schuhe schieben solle oder ob man an ein Versehen (die Mutter soll während ihrer Gravidität über einen Arbeiter mit einem amputirten Daumen heftig erschrocken sein) denken solle. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Lesser, E. Unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heiraten? (Therap. Monatsh. 1896, Heft 8.)

Den Syphilitischen bedrohen in der Ehe hauptsächlich zwei Gefahren, die des Auftretens schwerer Tertiärerscheinungen und die der Uebertragung der Krankheit auf die Familienmitglieder. Die erstere darf, da tertiäre Erscheinungen, wie Lesser als feststehend annimmt, nicht ansteckend sind und nur in einer Minderheit der Fälle auftreten, nicht als Ehehinderniss betrachtet werden, zumal wenn in der „Secundär"-Periode eine sorgfältige und energische Hg-Behandlung stattgefunden hat. Ausgenommen hiervon sind natürlich die Fälle, die schon schwere tertiäre Erkrankungen durchgemacht haben. Die Gefahr der Ansteckungsfähigkeit erlischt wenigstens bei Männern, die vornehmlich hier in Frage kommen, nach L. gleichzeitig mit derjenigen der Vererbbarkeit. Da nun die Uebertragbarkeit der Syphilis durchschnittlich etwa 3 Jahre nach der Infection erlischt, so verlangt L. als absolutes Minimum eine Zeit von 3 Jahren, nach Ablauf deren der Syphilitische im Allgemeinen heiraten darf, wobei selbstverständlich individualisirt werden muss; wenn möglich, sollen 5—6 Jahre zwischen Infection und Heirat verstrichen sein. Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Maréchal, G. Récherchs sur l'auto inoculation contre la Syphilis à l'aide du serum humain Syphilitique Microbe specifique de la Syphilis. La Médecine moderne. 28. Nov. 1896.

In dieser Veröffentlichung, für welche die Redaction der „Médecine moderne" jede Verantwortung in einer Anmerkung ablehnt, berichtet Maréchal über Impfungen mit syphilitischem Serum, die er an sich selbst vorgenommen hat, und die mit der Entstehung einer Initialsclerose

mit darauffolgender Roseola endeten. Jede Injection verursachte eine schmerzliche Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Aus dem Serum von Syphilitikern züchtete er (unter 60 Fällen 40 Mal) ein Bakterium, das auf menschlichem Serum und sauerem Harn leicht wuchs, nach Gram sich entfärbte und ganz dem Ducrey'schen Streptobacillus des weichen Schankers glich. Diesen Streptobacillus züchtete er auch aus dem Ulcus molle direct heraus. Er wächst sehr leicht und schnell. Auf die Neubelebung der unitarischen Theorie, welche Verfasser aus diesen Befunden ableitet, weiter einzugehen, verbietet der Raum.

Felix Pinkus (Breslau).

Mracek, Franz. Ueber Reinfectio syphilitica. Wiener klin. Rundschau. 1896 Nr. 2, 3, 4.

Mracek hält die meisten für Reinfectio syphilitica angesehenen und als solche publicirten Fälle für Täuschungen. Es ist zum Mindesten nothwendig, dass entweder ein und derselbe Arzt die Kranken beide Male beobachtet habe oder dass über erste Erkrankung klinische Krankengeschichten vorliegen. Anamnestische Angaben von Seiten der Kranken haben keinen Werth. — Mracek ist der Ansicht, dass viele recidivirende Sclerosen stärker infiltrirte venerische Geschwüre, selbst Gummen, alle ohne typische andere recente Syphilissymptome in ihrem Gefolge, oft für Reinfectionen genommen wurden oder doch dafür genommen werden können. — Wirkliche Reinfectionen hält Mr. dem entsprechend für sehr selten. Er selbst gibt nun zwei ausgesprochene, unzweifelhafte Reinfectionen aus seiner eigenen Praxis mit Intervallen von je 10 und 5 Jahren zwischen den beiden Infectionen. Beide Fälle waren männliche Patienten aus der eigenen Privatpraxis. Das eine Mal waren die der zweiten Infection folgenden Allgemeinerscheinungen ziemlich schwerer Natur, und zwar schwerer als die nach der ersten Infection aufgetretenen, im anderen Falle, bei einem Intervalle von 5 Jahren, waren die zweiten Allgemeinsymptome leichter Natur, d. h. solche, die auf Hg-Behandlung sehr bald geschwunden waren. Mracek resumirt: 1. Es gibt unzweifelhafte Fälle von Reinfectio und demnach eine vollkommene Heilung der Syphilis. 2. Der Verlauf einer zum zweiten Male acquirirten Lues muss keineswegs immer ein leichter sein. 3. Alle Fälle von zweifelhafter Reinfection wurden das erste Mal mit Hg. behandelt, woraus auf die Wichtigkeit der mercuriellen Behandlung und deren Nutzen geschlossen werden muss.

Ullmann.

Neumann, J. Pathogenese der tertiären Syphilis mit Rücksicht auf die Behandlung. Wiener klin. Rundschau. 1896, Nr. 1, 2 und 3.

Neumann erörtert zunächst einige allgemeine Fragen aus dem Capitel der Pathogenese des Tertiarismus. Syphilis ist heilbar, doch ist eine sichere Controlle im speciellen Falle und in keiner Periode möglich. Weder verschuldete der Merkurialismus das Auftreten von tertiären Erscheinungen, noch sei die These bewiesen, dass unzureichende Hg-Behandlung den Eintritt tertiärer Symptome befördere. — Wichtig

sind die anatomischen, constitutionellen Verhältnisse des Individuums und specielle Krankheitsmomente. Neumann hat durch 10 Jahre post infectionem Uebertragungen beobachtet auch bei tertiären Symptomen, wenn dieselben in den ersten Jahren auftreten. Weiterhin wird das vom Autor zuerst nachgewiesene und oft berührte Capitel von der Persistenz syphilitischer Producte nach sonstigem scheinbaren Schwinden sämmtlicher Symptome eingehend besprochen. An Stellen, die vielen Reizmomenten ausgesetzt sind, Mundschleimhaut, Vola manus, Corona veneris, Larynx, komme es am häufigsten zu Recidiven im secundären Stadium und durch Persistenz der syph. Exsudatzellen später auch zum Ausbruch von tertiären Erscheinungen. Nicht nur traumatische Einflüsse mechanischer, chemischer, thermischer Natur, sondern auch die functionelle Anstrengung spielt hier eine wichtige Rolle. Myositis gummosa in den angestrengten Muskeln. Periostitis an oberflächlich liegenden, zufälligen Traumen ausgesetzten Knochen. — Wichtig ist ferner der Ernährungszustand, die Constitution und die äusseren Lebensbedingungen für den Ausbruch von Tertiarismus, welcher bei mehr cultivirten Völkern seltener und in milderer Form auftritt als bei Volksstämmen mit niederer Gesittung. Aus zahlreichen, hier vom Autor angeführten statistischen Tabellen aus seiner Klinik, sowie aus dem Vergleiche dieser mit den vorliegenden Statistiken Fournier's, Neisser's, Haslund's, Ehler's und Marschalko's kommt derselbe ebenso wie alle genannten Autoren zu dem Schlusse von der einschneidenden Wichtigkeit einer rechtzeitigen antisyphilitischen Behandlung zur Vermeidung des Tertiarismus.

Ueber die Art dieser Behandlung resumirt Redner folgendermassen:

1. Die Syphilis ist nicht schablonenmässig, präventiv oder chronisch intermittirend, sondern symptomatisch, nach den für die symptomatische Behandlung giltigen Principien zu behandeln.

2. Der Primäraffect wird im Allgemeinen örtlich behandelt; bei excessiver Grösse, ungewöhnlicher Härte, functionelle Störungen verursachender Localisation wird die Exstirpation vorgenommen, nicht in der Absicht, die constitutionellen Erscheinungen zu verhüten, sondern auf Grund der in der Chirurgie für die Exstirpation von Tumoren geltenden Indicationen.

3. Die Präventivcur, zumeist in Form von Einreibungen, wird angewendet bei Phimose in Folge von indurativem Oedem des Präputium und beim Sitz des Primäraffectes in der Urethra, um die Stricturirung zu verhüten.

4. Die allgemeine Behandlung beginnt mit der ersten Eruption des Exanthems. Sie muss energisch und möglichst nachhaltig sein. Gegen Recidive gilt grösste Sorgfalt in der Beseitigung derselben.

5. Eine Behandlung in der symptomlosen Periode findet nur bei bebestimmten Eventualitäten statt: vor Eintritt in die Ehe, bei Schwangerschaft, an einem Mann, bei dessen Frau wiederholt Abortus, Früh- oder Todtgeburten stattgefunden, eventuell an der Frau selbst.

6. Die Aufgabe aller therapeutischen Eingriffe ist gründlichste Beseitigung aller Syphilissymptome, weil dadurch nach den Ergebnissen sämmtlicher Statistiken, die Häufigkeit der tertiären Syphilis am wirksamsten herabgedrückt wird.

7. Es gibt zur Zeit kein Heilverfahren, welches den Eintritt tertiärer Syphilis immer zu verhindern vermag.

8. Gar nicht oder mangelhaft Behandelte liefern das grösste Contingent tertiärer Syphilis.

Der chronisch intermittirenden Behandlungsmethode ist durch die oben angeführte Statistik, der gemäss überhaupt nur 22% aller Syphilitischen tertiär werden, die Basis fast vollends entzogen. Uebrigens muss hervorgehoben werden, dass die nach der chronisch intermittirenden Methode Behandelten vor der tertiären Lues nicht mehr gesichert sind, als die symptomatisch Behandelten. Ullmann.

Ogilvie. De la réinfection de la Syphilis. La France Médicale. Nr. 43, 1896.

Ogilvie berichtet über einen Fall von syphilitischer Reinfection. — Ein Arzt wurde im Jahre 1876 inficirt. Indurirter Schanker von inguinaler und cubitaler Scleradenitis gefolgt. Patient wurde von mehreren Aerzten untersucht, die mit der Diagnose Syphilis übereinstimmend Quecksilbereinreibungen verordneten. — Die Confrontation ergab auch ein positives Resultat, da an der Infectionsquelle deutlich secundäre Erscheinungen nachzuweisen waren. — Bald darauf erschien an der Brust und am Abdomen ein maculöses Exanthem und Plaques muceuses im Rachen und Munde. Nach 40 Inunctionen war das Exanthem gegeschwunden, die Schleimhauterscheinungen persistirten aber noch längere Zeit, da Pat. starker Raucher war. Pat. hatte keine specifischen Erscheinungen bis zum Jahre 1891, in welchem die zweite Infection statt hatte. Nach einem suspecten Coïtus mit einer Person, die fast zu gleicher Zeit einen seiner Freunde mit Lues zum ersten Male inficirt hatte, bemerkte Pat. einen indurirten Schanker am Penis und zwar an einer anderen Stelle als der Erste gelegen war. Inguinale Scleradenitis. — Bald darauf stellte sich ein ausgedehntes maculo-papulöses Exanthem ein, welches an den behaarten Stellen des Kopfes und Gesichtes pustulös wurde. Cervicale Scleradenitis. — Da wegen einer vorhandenen Nephritis die mercurielle Behandlung nur recht vorsichtig angewandt werden konnte, blieb das Exanthem lange Zeit bestehen. Ogilvie behauptet, die syphilitische Reinfection wäre kein stricter Beweis der Heilbarkeit der Lues, da Reinfectionen bei Individuen beobachtet wurden, die charakteristische tertiäre Symptome aufwiesen, die tertiären Erscheinungen müsse man als specifisch durch Lues verursachte betrachten, da dieselben öfters mit secundären zusammen, wie es bei der hereditären Lues der Fall ist, auftreten. v. Sachs (Breslau).

Pellizzari, Celso. Syphilide galoppande. l'räsentazione di un caso Falla all Academia medico-fisica fiorentina il 1 April. Sosperimentale XLIX, Nr. 11. — p. 202.

infection veränderte syphilitische Erscheinung oder um ein durch Jod nur theilweise verändertes Epitheliom bei einem Syphilitiker handelt.

Paul Neisser (Beuten O. S.).

Tacenicz. De l'inoculation du chancre induré sur le même sujet. Przegl. Lek. 1895, Nr. 1—5. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 120.

Tacenicz berichtet zwei Fälle von Inoculation von Sclerosen bei demselben Individuum. In dem 1. Fall zeigte sich 4 Wochen nach der Constatirung einer Sclerose an der Innenfläche des linken kleinen Labiums eine solche in der Fossa navicularis, die sich mit den Labien in Contact befand. Fall 2 betraf eine Frau von 22 Jahren mit einer Sclerose der Innenfläche der Oberlippe, circa 40 Tage später Sclerose an der Zunge. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Tenney. Four Selected Cases of Syphilis. Boston Medical and Surgical Journal. April 16. 1896.

Tenney berichtet 4 Lueskrankengeschichten. Die eine ist interessant dadurch, dass er bei einem Process am weichen Gaumen auf JK-Darreichung keinen Erfolg sah, welcher jedoch bei gleichzeitiger Hg-Application alsbald eintrat. — Bei einem anderen Patienten fanden sich neben anderen sicher luetischen Symptomen (Iritis, Orchitis, Plaques im Rachen) eine chronisch verlaufende Lungenaffection, deren Aetiologie nicht festzustellen war. Der gute Erfolg einer specifischen Cur lässt aber die Möglichkeit einer auf luetischer Basis entstandenen Erkrankung nicht von der Hand weisen. Pinner (Breslau).

Tommasoli. Sifilide e Sifilismo. Ref. med. Nr. 93, 95, April c 1896.

Tommasoli geht ausvon der Betrachtung der verschiedenen Ansichten von Fournier und Boulengier über die hereditäre Lues, von denen ersterer 5 Arten der Syphilisübertragung annimmt (1. requirirte, 2. hereditäre (vom Vater her), 3. hereditäre (von der Mutter her), 4. mütterliche postconceptionelle, 5. conceptionelle), während Boulengier jede Uebertragung des Luesgiftes per ovulum bezw. per semen leugnet. Tommasoli bespricht nun eingehend die Beweise für und wider jede dieser beiden Ansichten und hebt hervor, dass ein Fortschritt in der Klärung dieser Frage so lange nicht zu machen sei, so lange die bisherige Eintheilung der Lueserscheinungen und der einzelnen Phasen der Krankheit beibehalten würde. Tommasoli macht folgende Unterscheidungen und nennt:

1. „Syphilitische Infection:“ den Zustand, bei welchem im Organismus stets infectionstüchtiges Virus vorhanden ist, ganz abgesehen von der etwaigen Reaction des Körpers auf dasselbe.

2. „Syphilitische Krankheit:“ den Zustand, in welchem *a)* entweder Virus und Toxine, oder *b)* nur Toxine, oder *c)* weder Virus noch Toxine, sondern nur Alexine (i. e. Producte der Producte des Virus) im Körper vorhanden sind.

3. „Wahre und eigentliche Syphilis“: diejenige Phase der Krankheit, in welcher die sogenannten primären und secundären Efflorescenzen

infection veränderte syphilitische Erscheinung oder um ein durch Jod nur theilweise verändertes Epitheliom bei einem Syphilitiker handelt.

Paul Neisser (Beuten O. S.).

Tacenicz. De l'inoculation du chancre induré sur le même sujet. Przegl. Lek. 1895, Nr. 1—5. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 120.

Tacenicz berichtet zwei Fälle von Inoculation von Sclerosen bei demselben Individuum. In dem 1. Fall zeigte sich 4 Wochen nach der Constatirung einer Sclerose an der Innenfläche des linken kleinen Labiums eine solche in der Fossa navicularis, die sich mit den Labien in Contact befand. Fall 2 betraf eine Frau von 22 Jahren mit einer Sclerose der Innenfläche der Oberlippe, circa 40 Tage später Sclerose an der Zunge.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Tenney. Four Selected Cases of Syphilis. Boston Medical and Surgical Journal. April 16. 1896.

Tenney berichtet 4 Lueskrankengeschichten. Die eine ist interessant dadurch, dass er bei einem Process am weichen Gaumen auf JK-Darreichung keinen Erfolg sah, welcher jedoch bei gleichzeitiger Hg-Application alsbald eintrat. — Bei einem anderen Patienten fanden sich neben anderen sicher luetischen Symptomen (Iritis, Orchitis, Plaques im Rachen) eine chronisch verlaufende Lungenaffection, deren Aetiologie nicht festzustellen war. Der gute Erfolg einer specifischen Cur lässt aber die Möglichkeit einer auf luetischer Basis entstandenen Erkrankung nicht von der Hand weisen.

Pinner (Breslau).

Tommasoli. Sifilide e Sifilismo. Ref. med. Nr. 93, 95, April c 1896.

Tommasoli geht ausvon der Betrachtung der verschiedenen Ansichten von Fournier und Boulengier über die hereditäre Lues, von denen ersterer 5 Arten der Syphilisübertragung annimmt (1. requirirte, 2. hereditäre (vom Vater her), 3. hereditäre (von der Mutter her), 4. mütterliche postconceptionelle, 5. conceptionelle), während Boulengier jede Uebertragung des Luesgiftes per ovulum bezw. per semen leugnet. Tommasoli bespricht nun eingehend die Beweise für und wider jede dieser beiden Ansichten und hebt hervor, dass ein Fortschritt in der Klärung dieser Frage so lange nicht zu machen sei, so lange die bisherige Eintheilung der Lueserscheinungen und der einzelnen Phasen der Krankheit beibehalten würde. Tommasoli macht folgende Unterscheidungen und nennt:

1. „Syphilitische Infection:" den Zustand, bei welchem im Organismus stets infectionstüchtiges Virus vorhanden ist, ganz abgesehen von der etwaigen Reaction des Körpers auf dasselbe.

2. „Syphilitische Krankheit:" den Zustand, in welchem *a)* entweder Virus und Toxine, oder *b)* nur Toxine, oder *c)* weder Virus noch Toxine, sondern nur Alexine (i. e. Producte der Producte des Virus) im Körper vorhanden sind.

3. „Wahre und eigentliche Syphilis": diejenige Phase der Krankheit, in welcher die sogenannten primären und secundären Efflorescenzen

infection veränderte syphilitische Erscheinung oder um ein durch Jod nur theilweise verändertes Epitheliom bei einem Syphilitiker handelt.

Paul Neisser (Beuten O. S.).

Tacenicz. De l'inoculation du chancre induré sur le même sujet. Przegl. Lek. 1895, Nr. 1—5. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 120.

Tacenicz berichtet zwei Fälle von Inoculation von Sclerosen bei demselben Individuum. In dem 1. Fall zeigte sich 4 Wochen nach der Constatirung einer Sclerose an der Innenfläche des linken kleinen Labiums eine solche in der Fossa navicularis, die sich mit den Labien in Contact befand. Fall 2 betraf eine Frau von 22 Jahren mit einer Sclerose der Innenfläche der Oberlippe, circa 40 Tage später Sclerose an der Zunge. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Tenney. Four Selected Cases of Syphilis. Boston Medical and Surgical Journal. April 16. 1896.

Tenney berichtet 4 Lueskrankengeschichten. Die eine ist interessant dadurch, dass er bei einem Process am weichen Gaumen auf JK-Darreichung keinen Erfolg sah, welcher jedoch bei gleichzeitiger Hg-Application alsbald eintrat. — Bei einem anderen Patienten fanden sich neben anderen sicher luetischen Symptomen (Iritis, Orchitis, Plaques im Rachen) eine chronisch verlaufende Lungenaffection, deren Aetiologie nicht festzustellen war. Der gute Erfolg einer specifischen Cur lässt aber die Möglichkeit einer auf luetischer Basis entstandenen Erkrankung nicht von der Hand weisen. Pinner (Breslau).

Tommasoli. Sifilide e Sifilismo. Ref. med. Nr. 93, 95, April c 1896.

Tommasoli geht ausvon der Betrachtung der verschiedenen Ansichten von Fournier und Boulengier über die hereditäre Lues, von denen ersterer 5 Arten der Syphilisübertragung annimmt (1. requirirte, 2. hereditäre (vom Vater her), 3. hereditäre (von der Mutter her), 4. mütterliche postconceptionelle, 5. conceptionelle), während Boulengier jede Uebertragung des Luesgiftes per ovulum bezw. per semen leugnet. Tommasoli bespricht nun eingehend die Beweise für und wider jede dieser beiden Ansichten und hebt hervor, dass ein Fortschritt in der Klärung dieser Frage so lange nicht zu machen sei, so lange die bisherige Eintheilung der Lueserscheinungen und der einzelnen Phasen der Krankheit beibehalten würde. Tommasoli macht folgende Unterscheidungen und nennt:

1. „Syphilitische Infection:“ den Zustand, bei welchem im Organismus stets infectionstüchtiges Virus vorhanden ist, ganz abgesehen von der etwaigen Reaction des Körpers auf dasselbe.

2. „Syphilitische Krankheit:“ den Zustand, in welchem *a)* entweder Virus und Toxine, oder *b)* nur Toxine, oder *c)* weder Virus noch Toxine, sondern nur Alexine (i. e. Producte der Producte des Virus) im Körper vorhanden sind.

3. „Wahre und eigentliche Syphilis“: diejenige Phase der Krankheit, in welcher die sogenannten primären und secundären Efflorescenzen

Pellizzari demonstrirte eine 20jähr. Frau, welche an der Haut ein schweres knotig-orbiculäres und tief ulcerirendes Syphilid mit Bildung von Rupiaborken zeigte. Die Infection dürfte drei Monate vorher an der Mamma erfolgt sein durch ein fremdes Kind, das sie gestillt hatte. Der Grund, dass die Syphilis so ausserordentlich rasch und heftig verlief, dürfte darin gelegen sein, dass die Frau eine Stillende war. Ihr eigenes Kind, Anfang September des Vorjahres geboren, zeigte keine Symptome von Syphilis, obzwar sie es gleichfalls gestillt hatte, und dürfte nach Pellizzaris Ansicht durch die Milch der erkrankten Mutter immunisirt worden sein. Ref. Dr. Spietschka (Prag).

Rochon. De la virulence de sperme dans la syphilis secondaire. La Médicine moderne. 1896, Nr. 30.

Rochon beobachtete folgenden Fall: Ein Mann heiratete mit einer noch verhältnissmässig frischen Lues. Aus Furcht, ein syphilitisches Kind zu zeugen, entleerte er seine Spermaflüssigkeit nicht in die Vagina, sondern auf das Abdomen der Frau, welche alsbald mit einem Chancre géant am Nabel sich vorstellte, dem später ein Exanthem folgte.

Dass in solchem Falle nicht das Sperma an sich infectiös zu sein braucht, lehrte ihn eine andere Beobachtung. Ein junger Mann, dessen Lues 1¼ Jahr alt war, hatte zuletzt eine Gonorrhoe, es fanden sich bei ihm noch Spuren von Secret ohne Gonoccen. Pat. coitirte und brachte sein Verhältnis, bei welchem eine Infection durch einen Anderen angeblich ausgeschlossen war, mit einem Primäraffect an der Vulva nach einigen Wochen zur Behandlung. Rochon unterzog beide einer Hg-Cur, und alsbald schwand beim Manne das Urethralsecret.

Verf. bespricht im Anschluss hieran die verschiedenen luetischen Affectionen der Wege, welche das Sperma zu passiren hat, und die Gelegenheitsursachen, welche dem Sperma auf seinem Wege die Beimischung von luetischem Material bewirken können. Er kommt dabei zu Schlüssen, welche besonders für die Frage der Intrauterininfection und der conceptionellen Lues nicht uninteressant sind. Pinner.

Ross, F. d. Js. Syphilis Antaganistic to Tuberculosis. Medical Record. 1896, 15. Feb.

Ross' zweifellos syphilitischer Patient ein 18jähriger Mann, erkrankte an Lues wurde mit Hg. u. JK behandelt; es besserten sich auch die Erscheinungen der Tuberculose. — Der Mann ist noch 7 Jahre nach der syphilitischen Infection ganz gesund. J.

Royet. Epithélioma de l'amygdale chez un syphilitique. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1895, pag. 732.

Der Patient Royet's, ein Syphilitiker, zeigte eine sehr schmerzhafte Ulceration einer Tonsille, welche das typische Bild eines Epithelioms darbot; in der Submaxillargegend und längs des Sternocleidomastoideus waren schmerzhafte Drüsen fühlbar. Unter Jodkaligebrauch besserte sich der Zustand, namentlich die subjectiven Beschwerden merklich. Royet lässt nun die Frage offen, ob es sich hier um eine durch Secundär-

infection veränderte syphilitische Erscheinung oder um ein durch Jod nur theilweise verändertes Epitheliom bei einem Syphilitiker handelt.

Paul Neisser (Beuten O. S.).

Tacenicz. De l'inoculation du chancre induré sur le même sujet. Przegl. Lek. 1895, Nr. 1—5. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1896 p. 120.

Tacenicz berichtet zwei Fälle von Inoculation von Sclerosen bei demselben Individuum. In dem 1. Fall zeigte sich 4 Wochen nach der Constatirung einer Sclerose an der Innenfläche des linken kleinen Labiums eine solche in der Fossa navicularis, die sich mit den Labien in Contact befand. Fall 2 betraf eine Frau von 22 Jahren mit einer Sclerose der Innenfläche der Oberlippe, circa 40 Tage später Sclerose an der Zunge. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Tenney. Four Selected Cases of Syphilis. Boston Medical and Surgical Journal. April 16. 1896.

Tenney berichtet 4 Lueskrankengeschichten. Die eine ist interessant dadurch, dass er bei einem Process am weichen Gaumen auf JK-Darreichung keinen Erfolg sah, welcher jedoch bei gleichzeitiger Hg-Application alsbald eintrat. — Bei einem anderen Patienten fanden sich neben anderen sicher luetischen Symptomen (Iritis, Orchitis, Plaques im Rachen) eine chronisch verlaufende Lungenaffection, deren Aetiologie nicht festzustellen war. Der gute Erfolg einer specifischen Cur lässt aber die Möglichkeit einer auf luetischer Basis entstandenen Erkrankung nicht von der Hand weisen. Pinner (Breslau).

Tommasoli. Sifilide e Sifilismo. Ref. med. Nr. 93, 95, April c 1896.

Tommasoli geht ausvon der Betrachtung der verschiedenen Ansichten von Fournier und Boulengier über die hereditäre Lues, von denen ersterer 5 Arten der Syphilisübertragung annimmt (1. requirirte, 2. hereditäre (vom Vater her), 3. hereditäre (von der Mutter her), 4. mütterliche postconceptionelle, 5. conceptionelle), während Boulengier jede Uebertragung des Luesgiftes per ovulum bezw. per semen leugnet. Tommasoli bespricht nun eingehend die Beweise für und wider jede dieser beiden Ansichten und hebt hervor, dass ein Fortschritt in der Klärung dieser Frage so lange nicht zu machen sei, so lange die bisherige Eintheilung der Lueserscheinungen und der einzelnen Phasen der Krankheit beibehalten würde. Tommasoli macht folgende Unterscheidungen und nennt:

1. „Syphilitische Infection:“ den Zustand, bei welchem im Organismus stets infectionstüchtiges Virus vorhanden ist, ganz abgesehen von der etwaigen Reaction des Körpers auf dasselbe.

2. „Syphilitische Krankheit:“ den Zustand, in welchem *a)* entweder Virus und Toxine, oder *b)* nur Toxine, oder *c)* weder Virus noch Toxine, sondern nur Alexine (i. e. Producte der Producte des Virus) im Körper vorhanden sind.

3. „Wahre und eigentliche Syphilis“: diejenige Phase der Krankheit, in welcher die sogenannten primären und secundären Efflorescenzen

Tschapine. Ramollissement syphilitique du radius. Wratsch 1894. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, p. 301.

Die Kranke Tschapine's, welche auch schon an anderen tertiären Erscheinungen gelitten hat, zeigt eine gummöse Erkrankung des rechten Vorderarms, Periostitis der Ulna und Knochengumma des um zwei Centimeter gegen den linken verkürzten Radius. 3 Centimeter oberhalb des Processus stytoideus fühlt man über eine Fläche von 5 Cm. hin deutliche Erweichung und kautschukähnliche Consistenz des Knochens. Supination und Pronation sind sehr erschwert, die Extremität viel schwächer als die entgegengesetzte; trotzdem nur geringe und nicht häufig auftretende Schmerzen vorhanden. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Wroczynski. Deux cas de syphilis tive. Medycyna 1894 Nr. 41. Ref. im Journal des mal. cut et syph. 1896 p. 116.

Wroczynski berichtet über einen Rectaltumor bei einem Luetiker, der einen bösartigen Tumor vortäuschend, doch endlich unter antisyphilitischer Behandlung verschwand, und über einen Fall von Ascites bei einem hereditär syphilitischen Kind, der nach der Ansicht des Verfassers durch die Vena porta comprimirende Gummata bedingt war und ebenfalls unter Quecksilberbehandlung verschwand. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Zelenev. Un cas de chloro-anémie syphilitique avec oedème sans albumine guéri par le mercure. Mediz. Obozréniel 1895 Nr. 2. Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 1895 p. 629.

Der 25jährige Patient Zelenev's, dessen Knochenbau deutliche Zeichen einer hereditären Syphilis aufwies, wurde mit einem Gumma der hinterenHalsgegend,heftigen nächtlichenKopfschmerzen und einem innerhalb der letzten 24 Stunden entstandenem Oedem fast der gesammten Körperoberfläche in das Krankenhaus aufgenommen; ausserdem litt er seit längerer Zeit an Malaria, deren heftige Anfälle auch im Hospital zu constatiren waren. Albumen im Urin war nicht zu constatiren; die Blutuntersuchung ergab eine bedeutende Verminderung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehalts und eine Vermehrung der Leukocyten Unter täglich vorgenommenen Injectionen von 2 Cm. 1% Hydr. benzoic-Lösung besserte sich der Zustand merklich; nach 30 Injectionen war eine bedeutende Vermehrung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehalts, ebenso ein Verschwinden des Oedems wie der Malariaattaquen zu constatiren.

Vortragender lässt die Frage offen, ob das Hydrargyrum durch die Heilung der Lues nur auf den Körper kräftigend und auf diese Weise indirect auf die Malaria, oder ob es direct auf die Malariaplasmodien vernichtend gewirkt habe. Paul Neisser (Beuten O. S.).

Syphilis: Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

Audry, Ch. Sur une syphilide polymorphe de la langue. Lymphangiectasie syphilitique. Journal des mal. cut. et syph. 1895, p. 652.

dass er nur habe darlegen wollen, dass durch vorheriges Einführen von Cocaintampons die Dilatation schmerzloser würde.

Theodor Spiegelhauer (Breslau).

A. Bruck. Zur Syphilis des äusseren Ohres. (Aus Dr. B. Baginsky's Polyklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.) Berlin. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 8.

Bruck theilt einen Fall von sog. breiten Condylomen beider Gehörgänge mit, bei welchem an der linken Ohrmuschel ein framboësiformes Syphilid aufgetreten war. Gerade diese letztere Form ist, wie Ref. im Gegensatz zu dem Verfasser hervorheben möchte, nicht allzu selten am äusseren Ohre zu beobachten, wie jeder erfahrene Syphilidologe weiss. Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Brunon. Le chancre syphilitique des fosses nasales. Thèse de Lyon 1895.

Brunon hat 30 Fälle von Schanker der Nasenschleimhaut gefunden; er entgeht der Beobachtung oft, zumal die Saduration fehlen oder sehr gering sein kann. J.

Cénas, M. Chancres syphilitiques successifs, à origines es pacées. La Loire médicale 15 Apr. 1895. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895, p. 306.

Der Patient Cénas' zeigt 3 in verschiedenen Intervallen (am 12., 18. Januar und 1. Febr.) aufgetretene Sclerosen, die derselbe von derselben Person in 5mal in gleichen Zwischenräumen, zuletzt am 23. December, wiederholtem Beischlaf acquirirt hatte. Nebenbei zeigt er ein maculo-papulöses Exanthem und Scleradenitis.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Cutler. A case of syphilitic onychia. The New York derm. soc. 26. März 1895. The Journ. of cut. and gen. ur. dis. 1895, p. 383.

Die syphilitische Affection der Nägel wurde von Cutler drei Monate nach der Infection beobachtet. Afficirt waren die Nägel beider Hände und Füsse. Die Behandlung bestand in Kurzschneiden der Nägel und Application von Merurialpflaster. Discussion: Allen sah bei einem vor 3 Jahren inficirten Kranken erythematöse Ringe am Dorsum und der Vola der Hände erscheinen, die wie Erythema iris aussahen; gleichzeitig wurden alle Nägel an beiden Händen brüchig.

Cutler sagte, dass dieser Fall von Nagelerkrankung der erste, ihm bekannte ist, bei dem die Nagelaffection so bald nach der Infection auftrat.

Alexander hat in 5 oder 6 Fällen von Onychia syphilitica ohne Paronychia, die er gesehen und behandelt hat, nie irgend einen günstigen Einfluss von der Localtherapie beobachtet.

Elliot glaubt sogar, dass die locale Therapie die Affection verschlimmere. Er empfiehlt local Zinksalbe und intern Quecksilber.

Klotz hält auch locale Behandlung für wenig nützlich und empfiehlt nur Schutz der Finger gegen äussere Schädlichkeiten.

B. Ledermann (Berlin).

Davezac. Gommes du genou. Présentation de malade. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1895. p. 619.

Die Patientin Davezac's zeigte an dem rechten Knie einen fluctuirenden Tumor, während an dem linken Knie mehrere kleinere furunkulöse Tumoren zu constatiren waren. Trotz unsicherer Anamnese installirte D. eine antisyphilitische Behandlung mit gutem Erfolge, da der Tumor rechts bedeutend verkleinert, die linksseitigen fast völlig vernarbt sind. Bei der Seltenheit derartiger Localisation von Gummata hielt Verf. den Fall für wichtig genug, um ihn zu demonstriren. In der Discussion erwähnte Courtin und Armaignac ähnliche Fälle von Gummata auf dem Fussrücken und in der Kniegegend.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Deutu. Nouvelles considerations sur la leucokératose. La Médicine Moderne. Nr. 85. 1896.

Deutu hat bereits 1894 auf dem Chirurgencongress zu Lyon sich dahin ausgesprochen, dass die Leucokeratose der Mund- und Zungenschleimhaut, welche er als einen Verhornungsprocess der Mucosa auffasst, häufig den Grund für das Entstehen eines Epithelioms abgibt. Seine weiteren Beobachtungen bestimmten ihn, jetzt jede Leukoplakie als ein Carcinom im Ruhezustande anzusehen, welcher jeden Augenblick durch Wachsthumsvorgänge seinen Charakter auch klinisch äussern kann.

Seine hauptsächlichen Schlüsse aus den beobachteten Fällen sind folgende: 1. Das Carcinom bei Leucoplakie ist kein Accidenz im Verlauf der Krankheit, sondern das letzte Stadium derselben. 2. Dieses Endstadium kommt aber im Verhältniss nicht oft genug zur Beobachtung. 3. Die Carcinome haben nicht so sehr das ihnen sonst zukommende Bestreben, das submucöse Gewebe zu infiltriren und in die Lymphdrüsen zu metastasiren. 4. Die Entwickelung ist langsamer und der Verlauf der Krankheit weniger schwer als bei anderen Carcinomen. 5. Eine früher radicale Entfernung der einzelnen Stellen ist rationell und geboten, ohne Rücksicht auf das klinische Bild. Pinner (Breslau).

Dionisio. Sopra alcune forme poco note di sifilide tertiaria del naso. Gazzetta Medica di Torino 11 guigno 1896. Nr. 24.

Dionisio macht auf eine bisher wenig oder gar nicht beschriebene Form der tertiären Lues der Nase aufmerksam. D. fand in einigen Fällen (3 von ihnen sind mit eingehender Krankengeschichte angeführt) als Ursache einer erst in den letzten Monaten eingetretenen Verstopfung eines bezw. beider Nasenlöcher, eine derbe Infiltration und Schwellung der Schleimhaut der unteren Muscheln, so dass letztere meist das Septum berührten. Die Affection, die er Rhinitis sclerosans tertiaria nennt und welche jeder andern Therapie trotzte, ging auf antiluetische Behandlung prompt zurück. Besonders hervorzuheben ist der Umstand, dass weder gleichzeitig noch vor dem Eintritt der Sclerosirung irgend welcher Katarrh mit Secret oder irgend welcher Geschwüren-Process zu con-

statiren war. D. stellt diese Art der Nasenerkrankung in Analogie mit der Hepatitis interstitialis syphilitica. Ferdinand Epstein (Breslau).

Evans. Chancre of the Tonsil and Tongue with Report of four Cases. Medical News 1896. Mai 9.

Evans bespricht kurz die Differentialdiagnose zwischen Carcinom und Initialaffect im Munde und fügt vier Krankengeschichten bei von Tonsillarschankern. — Nachdrücklich betont er, dass die Lues nicht immer durch sexuellen Verkehr übertragen wird. Da diese Ansicht noch nicht genügend bei den Aerzten durchgedrungen, wird nicht selten die Diagnose eines extragenitalen Primäraffectes verfehlt. Pinner (Breslau).

Federici. Sifilide terziaria; Gomma sifilitica nel cellulare periorbitale. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche.. Nr. 152. 1896.

Im Anschluss an die Krankengeschichte eines Falles von taubeneigrossem, zum Theil schon erweichtem Gumma am Oberaugenhöhlenrande, bespricht Federici ausführlich die Differentialdiagnose dieser Affection mit andern in dieser Gegend vorkommenden Tumoren (Dermoidcysten, Chondromen, Atheromen, subperiostealen Hämorrhagien, Carcinomen, Sarcomen, Abscessen, tuberculösen Granulationsgeschwülsten etc.). Was die Therapie anlangt, so wurde durch 14 Gr. Jodkali (pro die 1 Gr.) nach Entleerung der eingeschmolzenen Tumormassen durch Incision ein vollständiger Erfolg erzielt. — Bei den Fällen von luetischen Spätformen, namentlich gummöser Art, gleichzeitig mit dem Jodkali, oder allein, Quecksilber anzuwenden, hält Federici nicht für empfehlenswerth.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Fournier. Ulcera sifilitica digitale. Journ. de méd. et de chir. ottobre 1895. Ref. in Il Morgagni 4. Aprile 1896.

Als Haupttypen des Primäraffectes am Finger stellt Fournier folgende Formen auf: 1. Das Ulcus hypertrophicum. 2. Das syphilitische Panaritium. 3. Das Ulcus fungosum. Alle diese Formen können diagnostisch grosse Schwierigkeiten bieten, zumal da auch Entwickelung und Verlauf häufig viele Variationen, aber wenig Charakteristisches aufweisen. Im Verlaufe schwellen die Cubital- oder die Axillardrüsen, manchmal beide gleichzeitig. Obgleich von 49 digital inficirten Patienten 14 tertiäre — zum Theil sehr schwere — Erscheinungen in der Folge zeigten, so glaubt doch F., dass für die hohe Procentzahl der ungünstig verlaufenen Fälle der Sitz der Eingangspforte nicht verantwortlich gemacht werden dürfe; denn einerseits sind manche digitale Infectionen von einem ausgesprochen gutartigen Verlaufe gefolgt gewesen, andererseits muss berücksichtigt werden, dass so manche Digitalschanker erst spät diagnosticirt und demgemäss erst spät specifisch behandelt werden. Schliesslich spielt hiebei noch eine grosse Rolle der Umstand, dass unter den 14 schwer verlaufenen Fällen 10 inficirte Aerzte sich finden, bei denen die Prognose für den Verlauf der Syphilis schon deshalb etwas ungünstiger zu stellen ist, weil bei ihnen die Depression nach der Infection in Folge der genaueren Kenntnis der eventuellen Folgen, die Ueberan-

strengung durch Berufspflichten und die Möglichkeit, dass die specifische Cur in Folge eines therapeutischen Skepticismus oder des Mangels einer einheitlichen Directive, nicht energisch genug durchgeführt werde, grösser, als bei andern Patienten ist. Ferdinand Epstein (Breslau).

Gangolphe, M. Ostéo-myélite gommeuse du tibia. Soc. des sciences méd. do Lyon. Séauce de 29 avril 1896, ref. in La province médiiale. 2. Mai 1896.

Gangolphe stellt einen Patienten vor, der vor 8 Jahren eine Lues acquirirt hatte und nun seit einem Jahre an Schmerzen in der linken Tibia leidet. Diagnose: Gummöse Osteomyelitis. Da Quecksilber und Jodkali (6 Gr. pro die!) keinen Erfolg hatten, wurde die Tibia mit Hammer und Meissel eröffnet. Es fand sich kein Sequester, aber die Schmerzen hörten nach dem Eingriff auf. Gangolphe empfiehlt daher in den seltenen Fällen von gummöser Osteomyelitis, in denen Jodkali im Stiche lässt, chirurgisch vorzugehen.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Gagnière. Sur une ulcération de la fourchette due à la présence d'un crin de Florence, et ayant umulé un chancre infectant. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 471.

Gagnière berichtet einen recht interessanten diagnostischen Irrthum. Eine Prostituirte, die einige Monate vorher entbunden hatte, und der wegen leichter Scheideneinrisse einige Nähte gelegt worden waren, wurde mit der Diagnose: Ulcus induratum eingeliefert. Bei genauem Zusehen stellte es sich heraus, dass die Ursache dieser allerdings täuschend einem indurirten Ulcus ähnlich sehende Stelle ein vergessener Faden war, nach dessen Entfernung nach 2 Tagen Heilung eintrat.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Ghazarossian. Étude clinique sur la perforation syphilitique de la voûte palatine et son traitement. Thèse de Paris. Nr. 240, mai 1896, ref. in Gazette hebdomad. de méd. et de chir. 28. juni 1896.

Ghazarossian unterscheidet bei der syphilitischen Gaumenperforation (n. b. unter den erworbenen Gaumenperforationen sind die luetischen die häufigsten) 3 Perioden:

1. eine Periode, die sich unmittelbar an die Infiltration der Gewebe anschliesst, und in welcher die Perforation sich einleitet;
2. eine Periode, in der sich die Perforation ausbildet;
3. eine Periode der Begrenzung des Processes (die Periode der relativen Reparation).

Die letzte Periode wird günstig beeinflusst durch acute Infectionskrankheiten, welche mit Anginen einhergehen, wie z. B. Masern, Scharlach etc.; ähnlich wie manche Hautsyphilide durch intercurrente Erysipele schnell zur Heilung kommen.

Die Diphtherie übt stets einen schädlichen Einfluss auf diese Processe aus. Die medicamentöse Behandlung allein kann nur in der ersten Periode ausreichen. Für die zweite und dritte Periode kommt die chi-

rurgische Behandlung in Frage, die vortheilhaft mit der medicamentösen combinirt wird. Was erstere anlangt, so zieht G. die curative Uranoplastik nach Baizean mit der Modification von Tillaux der palliativen Prothesenbehandlung vor. Ferdinand Epstein (Breslau).

Gravagna. Un caso di sifiloma primario alla caruncala lacrimale. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. 6. guigno 1896.

Gravagna beschreibt ausführlich einen Primäraffect der Caruncula lacrimalis einer 42jährigen Krankenwärterin einer Syphilisabtheilung. Obgleich man anfangs annahm, dass die Patientin den Primäraffect durch Berührung mit ihren im Dienst inficirten Fingern erworben hätte, ergab die Anamnese, dass die Infection durch Küsse auf die Augen von einer mit einem syphilitischen Lippenschanker behafteten Patientin, welche mit der Wärterin ein sicher nicht platonisches Verhältniss unterhielt, erfolgt war, so dass dieser Fall nicht in die Gruppe der Syphilis insontium eingereiht werden kann. Ferdinand Epstein (Breslau).

Hausemann, D. Ueber eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung an der Epiglottis. Berlin. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 11.

Hausemann beschreibt eine häufig (25mal in 42 Fällen) bei Sectionen Syphilitischer gefundene Veränderung an der Epiglottis, wobe diese durch narbige Processe des Ligam. glossoepiglottic. med. eine Anteflexion erleidet, welche letztere eventuell zu einer Umrollung des oberen Epiglottisrandes nach vorne führen kann. Im Weiteren kommt es zur Verwachsung der umgebogenen Partie. Wenn diese Veränderung auch nicht eindeutig syphilitisch ist, so kann sie doch in Gemeinschaft mit anderen Erscheinungen den Verdacht auf Lues stützen. Sie kommt häufig im Anschluss an die glatte Atrophie des Lungengrundes vor.
Karl Herxheimer (Frankfurt a. M.).

Highet, H. Campbell. A case of gumma of the ciliary region. The British Medical Journal Nr. 1871. Nov. 7. 1896.

Highet berichtet über die Erkrankung eines 30 Jahre alten Malaien, der sich 2½ Jahre vorher mit Syphilis inficirt hatte. Kurz bevor er in Highet's Behandlung kam, hatte er eine Iritis durchgemacht. Es bestanden 2 Gummata. Unter Quecksilber- und Jodkalibehandlung nebst der nöthigen localen Therapie Verschwinden der Gummata und Besserung der Sehschärfe. Felix Pinkus (Breslau).

Knicht. Les conséquences de la syphilis nasale. (The sequelare of syphilis of the nose) Ref. in Revue hebdomadaire de laryngologie d'otologie et de rhinologie. Nr. 346. 22. Joul. 1896.

Knicht hält die Diagnose der Nasensyphilis oft für schwierig und unsicher. Er ist daher für conservative Behandlung und räth Sequester nur dann zu entfernen, wenn sie vollständig gelöst und fassbar sind.
Spiegelhauer (Breslau).

Legrand, Léon Victor Henri. Contribution à l'étude de la leucoplasie buccale. Nr. 53. (E. Carré et C. Naud). Gazette hebdo-

madaire de médecine et de chirurgie. 1896. Nr. 102. S. 1218/19. Thèse de Paris.

Leukoplakie kann bei alten Luetikern vorkommen und soll wie Tabes und Paralyse als parasyphilitische Affection aufgefasst werden. Specifische Behandlung ist wirkungslos oder sogar schädlich. Frühzeitige chirurgische Behandlung allein kann die eventuell drohende Gefahr der Entwicklung eines Carcinoms verhüten. Löwenheim (Breslau).

Lenz, J. Fünf Fälle extragenitaler Syphilis. Wiener klin. Rundschau. 1896. Nr. 5—7.

Lenz gibt die Zusammenstellung von 5 Fällen extragenitaler Syphilisinfection aus der czechischen dermatologischen Klinik Prof. Janovsky's in Prag. Der Sitz der Primärsclerosen war je einmal die Unterlippe, die Bauchhaut, die Brustdrüsenhaut rings um die Mamilla, die Daumenhaut, die Tonsille. Vier dieser extragenitalen Sclerosen betrafen Frauen, eine einen Mann. Die extragenitale S. bei den auf der Klinik im Jahre 1895 behandelten 35 syphilitischen Frauen betrug demnach 14·2%, eine selbst bei Frauen hohe Frequenz. Die Fingersclerose betraf eine Hebamme. Die Diagnosen waren leicht, der weitere Verlauf ein relativ gutartiger.

Ullmann.

Litewski, M. Ein Fall von Framboesia syphilitica. Inaug.-Diss. Greifswald 1894.

Der von Litewski beschriebene Fall ist nach Ansicht des Referenten ein zum Mindesten zweifelhafter Fall von Framboesia syph., da weder anamnestisch noch objectiv sonstige Zeichen von Lues nachgewiesen worden sind. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Lustgarten. Ein wahrscheinlicher Fall von Mischinfection: Syphilis und Lupus. The New-York Dermatolog. Society. 21. May 1895. The Journ. of cutan. and genito-urin. dis. 1895. p. 482.

Lustgarten's Patient, ein junger Mann, litt seit 5 Jahren an einer Ulceration des Rachens, die nach kurzem Bestande die Uvula und einen Theil des weichen Gaumens zerstört hatte. Vor zwei Jahren breitete sich der Ulcerationsprocess auf die Nase aus und zerstörte sowohl die Nasenspitze als auch das knorplige und einen Theil des knöchernen Nasengerüstes. Als der Kranke vor 9 Monaten in Verfassers Behandlung kam, wurde zunächst an Syphilis gedacht, obgleich die vorhandenen weichen Granulationsmassen auch den Verdacht auf Lupus wahrscheinlich machten. Unter einer kräftigen specifischen Behandlung wurde der Ulcerationsprocess beseitigt, während die weichen Granulationsmassen blieben. Diese wurden dann ausgekratzt und mit dem Paquelin und nachfolgender Application von 10 Proc. Pyrogallussäuresalbe behandelt. Dadurch wurde eine vollkommene Heilung erzielt, die bereits seit 5 bis 6 Monaten anhält. Lustgarten hält den Fall für eine Mischinfection von Syphilis und Lupus. Durch Anfertigung eines künstlichen Nasenseptums wurde schöner kosmetischer Effect erzielt. In der Discussion stimmt Allen der Diagnose des Redners zu, während Jackson, welcher den Fall früher gesehen hatte, ihn als Framboesia syphilitica auffasste, zumal die

histologische Untersuchung der Granulationen keine Zeichen von Tuberculose ergeben hat. Lustgarten legt auf die histologische Untersuchung nicht so grossen Werth, da in Lupusschnitten Tuberkelbacillen gewöhnlich nicht gefunden werden. Ledermann.

Marmonier. Syphilide tuberculo-ulcéreuse géante à marche serpigineuse. Journal des mal. cut. et syph. 1896. p. 261.

Nach einer Besprechung der verschiedenen Arten von tuberoserpiginösen und tubero-ulcerösen Syphiliden berichtet Marmonier über einen 69jährigen Patienten, dessen ganze linke Rückenhälfte von einen tubero-serpiginosen, ulcerösen Syphilid eingenommen war, während an der Brust Narben von alten Syphiliden sichtbar waren. Die Infection war vor circa 15 Jahren erfolgt, 2 Jahre später waren die Ausschläge auf der Brust aufgetreten, nachdem bald nach der Infection Haarausfall und nächtliche Kopfschmerzen eingetreten waren. Die jetzige Rückenaffection hat vor 10 Jahren begonnen; Patient hat sich nie antisyphilitisch behandeln lassen. Unter Jodkali- und Hydrargyrumbehandlung trat schnelle Heilung ein. Verfasser bespricht zum Schluss die Differentialdiagnose dieser Affection mit Lupus. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Mora. Gomme syphilitique de la langue. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1895. p. 308.

Der Patient Mora's wurde von einem 27 Jahre nach der Infection entstandenen Lungengumma, das von chirurgischer Seite wegen seiner Induration, der Drüsenschwellung und Abmagerung zuerst für ein Carcinom gehalten worden sei, nach sechsmonatlicher streng durchgeführter Jod- und Quecksilberbehandlung geheilt. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Morrow, A. Prince. Mittheilungen über Syphilis; Syphiloma der Nase von ungewöhnlicher Form und Entwicklung. — Der diagnostische Werth syphilitischer Narben. — Extragenitale Schanker und ihre Prognose. — Gewerbliche, Syphilis. Journal of cutan. and genito-urin. diseases. April 1896.

I. Syphiloma der Nase: Morrow gibt zunächst die Krankengeschichte einer 21jährigen, seit 5 Jahren verheirateten Patientin, deren erstes, 3 Jahre und 10 Monate altes Kind gesund, deren zweites im Alter von 1 Monat starb und die bei der dritten Schwangerschaft abortirte. Nach dem Abort litt sie an Geschwüren des Mundes und des Rachens und einer universellen Eruption von rothen Flecken; die Kopfhaut war mit Geschwüren reichlich bedeckt, so dass sie sich das Haar abschneiden musste; eine ausgesprochene Alopecie der Kopfhaut hatte sie nicht, doch waren die Augenbrauen und die Wimpern vollständig verloren gegangen. Die Eruption verschwand nach über 3 Monaten. October 1893 erschien eine Eruption grosser Tumoren an verschiedenen Theilen des Körpers, welche vielfach mit Narben heilten. Diese Tumoren sind seitdem häufiger aufgetreten. Augenblicklich sieht man auf den Armen eine Anzahl nussgrosser rundlicher Geschwülste, welche über die Hautfläche emporragen und den Verdacht auf Granuloma fungoïdes erwecken. Sie sind weich, schmerzlos

kamen zu gleicher Zeit 10 Aerzte wegen Schanker der Hände oder Finger, die sie sich in der Ausübung ihres Berufes zugezogen hatten, in Behandlung. Er gibt zunächst eine Uebersicht über die Localisation. Besonders auffällig ist ein Schanker des harten Gaumens wegen der Seltenheit des befallenen Ortes. In diesem Falle befand sich das Geschwür links von der Mittellinie und machte den Eindruck eines ulcerirten Gummas; die Submaxillardrüsen der linken Seite waren ausserordentlich geschwollen und der Ausbruch eines maculo-papulösen Exanthems 6 Wochen nach dem Erscheinen des Geschwürs sicherte die Diagnose. Zu erwähnen ist ferner ein Schanker des Zahnfleisches, welcher rechts von der Mittellinie sich befand und den Raum zwischen dem lateralen Incisor, dem Caninus und dem Bicuspidatus einnahm. Er präsentirte sich als eine halbmondförmige Erosion des Zahnfleisches, das leicht geschwollen und geröthet war; das Epithel war vom Centrum aus erodirt. Der Schanker heilte nicht, bis Secundärerscheinungen sich zeigten und eine entsprechende Cur eingeleitet wurde. Ueber den Modus der Infection liess sich nichts eruiren. — Ein Schanker der Zunge, welcher bei einer 26jährigen Frau beobachtet wurde neben einem allgemeinen papulösen Exanthem, wurde auf die Gewohnheit der Patientin, Geldpapier mit der Zunge zu befeuchten, zurückgeführt. Einer der drei beobachteten Schanker war durch seine ausserordentliche Grösse bemerkenswerth. Der Fall ist dadurch noch besonders auffallend, dass das ausgedehnte Geschwür für Cancroid gehalten wurde und erst kurz vor der Operation nach Hinzuziehung eines Dermatologen richtig diagnosticirt wurde. Einer der beobachteten Schanker der Oberlippe zeichnete sich durch seine elephantiastische Ausdehnung aus. Die ganze Oberlippe war enorm geschwollen, ectropionirt und zeigte eine leicht blutende Oberfläche. Die entzündliche Induration war so ausgesprochen, dass die Lippe fast vollständig immobilisirt wurde. Aetiologisch für die Lippenschanker wurde entweder Kuss oder Contact mit Pfeifen etc. angeführt. In einem Falle von Schanker der Unterlippe bei einem Kinde war die Affection durch eine syphilitische Amme übertragen worden. Ein Schanker am Anus war die Folge eines präternaturalen Coitus, den Patient zugab. Ein Schanker an der linken Wange wurde auf einen Schlag zurückgeführt. Die Schanker an den Fingern und ein Schanker am Handrücken wurden ebenfalls auf Verletzungen zurückgeführt. Von den 10 Fällen, welche ihre Infection auf ihren Beruf zurückführten, gaben 7 ätiologisch Digitaluntersuchungen oder Manipulationen in der geburtshilflichen oder gynäkologischen Thätigkeit an, 3 eine Ansteckung im Verlaufe einer chirurgischen Operation, zwei Aerzte waren gleichzeitig inficirt bei der Vornahme einer Dammoperation, der Operateur (durch einen Nietnagel am kleinen Nagel, der Assistent durch das Messer, welches er bei der Operation gebrauchte. Was die Prognose extragenitaler Schanker anbetrifft, so glaubt Verf. nicht, dass das syphilitische Virus durch die Eintrittsstelle besonders modificirt werde, sondern dass die Schwere der Infection auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Zum Schluss gibt Verf. noch einen Ueberblick über die Gefahren der Infection mit Syphilis im

kamen zu gleicher Zeit 10 Aerzte wegen Schanker der Hände oder Finger, die sie sich in der Ausübung ihres Berufes zugezogen hatten, in Behandlung. Er gibt zunächst eine Uebersicht über die Localisation. Besonders auffällig ist ein Schanker des harten Gaumens wegen der Seltenheit des befallenen Ortes. In diesem Falle befand sich das Geschwür links von der Mittellinie und machte den Eindruck eines ulcerirten Gummas; die Submaxillardrüsen der linken Seite waren ausserordentlich geschwollen und der Ausbruch eines maculo-papulösen Exanthems 6 Wochen nach dem Erscheinen des Geschwürs sicherte die Diagnose. Zu erwähnen ist ferner ein Schanker des Zahnfleisches, welcher rechts von der Mittellinie sich befand und den Raum zwischen dem lateralen Incisor, dem Caninus und dem Bicuspidatus einnahm. Er präsentirte sich als eine halbmondförmige Erosion des Zahnfleisches, das leicht geschwollen und geröthet war; das Epithel war vom Centrum aus erodirt. Der Schanker heilte nicht, bis Secundärerscheinungen sich zeigten und eine entsprechende Cur eingeleitet wurde. Ueber den Modus der Infection liess sich nichts eruiren. — Ein Schanker der Zunge, welcher bei einer 26jährigen Frau beobachtet wurde neben einem allgemeinen papulösen Exanthem, wurde auf die Gewohnheit der Patientin, Geldpapier mit der Zunge zu befeuchten, zurückgeführt. Einer der drei beobachteten Schanker war durch seine ausserordentliche Grösse bemerkenswerth. Der Fall ist dadurch noch besonders auffallend, dass das ausgedehnte Geschwür für Cancroid gehalten wurde und erst kurz vor der Operation nach Hinzuziehung eines Dermatologen richtig diagnosticirt wurde. Einer der beobachteten Schanker der Oberlippe zeichnete sich durch seine elephantiastische Ausdehnung aus. Die ganze Oberlippe war enorm geschwollen, ectropionirt und zeigte eine leicht blutende Oberfläche. Die entzündliche Induration war so ausgesprochen, dass die Lippe fast vollständig immobilisirt wurde. Aetiologisch für die Lippenschanker wurde entweder Kuss oder Contact mit Pfeifen etc. angeführt. In einem Falle von Schanker der Unterlippe bei einem Kinde war die Affection durch eine syphilitische Amme übertragen worden. Ein Schanker am Anus war die Folge eines präternaturalen Coitus, den Patient zugab. Ein Schanker an der linken Wange wurde auf einen Schlag zurückgeführt. Die Schanker an den Fingern und ein Schanker am Handrücken wurden ebenfalls auf Verletzungen zurückgeführt. Von den 10 Fällen, welche ihre Infection auf ihren Beruf zurückführten, gaben 7 ätiologisch Digitaluntersuchungen oder Manipulationen in der geburtshilflichen oder gynäkologischen Thätigkeit an, 3 eine Ansteckung im Verlaufe einer chirurgischen Operation, zwei Aerzte waren gleichzeitig inficirt bei der Vornahme einer Dammoperation, der Operateur durch einen Nietnagel am kleinen Nagel, der Assistent durch das Messer, welches er bei der Operation gebrauchte. Was die Prognose extragenitaler Schanker anbetrifft, so glaubt Verf. nicht, dass das syphilitische Virus durch die Eintrittsstelle besonders modificirt werde, sondern dass die Schwere der Infection auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Zum Schluss gibt Verf. noch einen Ueberblick über die Gefahren der Infection mit Syphilis im

kamen zu gleicher Zeit 10 Aerzte wegen Schanker der Hände oder Finger, die sie sich in der Ausübung ihres Berufes zugezogen hatten, in Behandlung. Er gibt zunächst eine Uebersicht über die Localisation. Besonders auffällig ist ein Schanker des harten Gaumens wegen der Seltenheit des befallenen Ortes. In diesem Falle befand sich das Geschwür links von der Mittellinie und machte den Eindruck eines ulcerirten Gummas; die Submaxillardrüsen der linken Seite waren ausserordentlich geschwollen und der Ausbruch eines maculo-papulösen Exanthems 6 Wochen nach dem Erscheinen des Geschwürs sicherte die Diagnose. Zu erwähnen ist ferner ein Schanker des Zahnfleisches, welcher rechts von der Mittellinie sich befand und den Raum zwischen dem lateralen Incisor, dem Caninus und dem Bicuspidatus einnahm. Er präsentirte sich als eine halbmondförmige Erosion des Zahnfleisches, das leicht geschwollen und geröthet war; das Epithel war vom Centrum aus erodirt. Der Schanker heilte nicht, bis Secundärerscheinungen sich zeigten und eine entsprechende Cur eingeleitet wurde. Ueber den Modus der Infection liess sich nichts eruiren. — Ein Schanker der Zunge, welcher bei einer 26jährigen Frau beobachtet wurde neben einem allgemeinen papulösen Exanthem, wurde auf die Gewohnheit der Patientin, Geldpapier mit der Zunge zu befeuchten, zurückgeführt. Einer der drei beobachteten Schanker war durch seine ausserordentliche Grösse bemerkenswerth. Der Fall ist dadurch noch besonders auffallend, dass das ausgedehnte Geschwür für Cancroid gehalten wurde und erst kurz vor der Operation nach Hinzuziehung eines Dermatologen richtig diagnosticirt wurde. Einer der beobachteten Schanker der Oberlippe zeichnete sich durch seine elephantiastische Ausdehnung aus. Die ganze Oberlippe war enorm geschwollen, ectropionirt und zeigte eine leicht blutende Oberfläche. Die entzündliche Induration war so ausgesprochen, dass die Lippe fast vollständig immobilisirt wurde. Aetiologisch für die Lippenschanker wurde entweder Kuss oder Contact mit Pfeifen etc. angeführt. In einem Falle von Schanker der Unterlippe bei einem Kinde war die Affection durch eine syphilitische Amme übertragen worden. Ein Schanker am Anus war die Folge eines präternaturalen Coitus, den Patient zugab. Ein Schanker an der linken Wange wurde auf einen Schlag zurückgeführt. Die Schanker an den Fingern und ein Schanker am Handrücken wurden ebenfalls auf Verletzungen zurückgeführt. Von den 10 Fällen, welche ihre Infection auf ihren Beruf zurückführten, gaben 7 ätiologisch Digitaluntersuchungen oder Manipulationen in der geburtshilflichen oder gynäkologischen Thätigkeit an, 3 eine Ansteckung im Verlaufe einer chirurgischen Operation, zwei Aerzte waren gleichzeitig inficirt bei der Vornahme einer Dammoperation, der Operateur (durch einen Nietnagel am kleinen Nagel, der Assistent durch das Messer, welches er bei der Operation gebrauchte. Was die Prognose extragenitaler Schanker anbetrifft, so glaubt Verf. nicht, dass das syphilitische Virus durch die Eintrittsstelle besonders modificirt werde, sondern dass die Schwere der Infection auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Zum Schluss gibt Verf. noch einen Ueberblick über die Gefahren der Infection mit Syphilis im

nicht fluctuirend. Am interessantesten ist die grosse tumorähnliche Infiltration der Oberlippe, die bis zur linken Nasenöffnung hinaufgeht und sich auf das knöcherne und knorplige Gerüst des linken Nasenflügels fortsetzt Diese Infiltration, welche sich nicht auf die Wange ausbreitet, ist scharf von der umgebenden Haut abgesetzt. Sie fühlt sich mit Ausnahme des unteren Theiles ausserordentlich hart an. Unter dem Einfluss einer gemischten Behandlung findet eine rasche Involution auf den Armen und an den linken Augenbrauen statt, während die Affection der Nase und der Lippe nur wenig verändert wird, obgleich die constitutionelle Behandlung verstärkt wird durch die locale Application von Quecksilberpflaster und -Salbe. Da die Affection in ihrer Form und Consistenz sehr eigenthümlich war und sich gegen specifische Behandlung refractär verhielt, so dachte man an eine Combination von Syphilis und Tuberculose. Später jedoch heilte die tumorartige Masse an der Nase während einer specifischen Cur unter Narbenbildung. Im Januar 1896 fand Verf. noch eine geringe Infiltration der Oberlippe, welche, wie Patientin angibt, bei jeder Menstruation etwas anschwillt.

II. Der diagnostische Werth der syphilitischen Narben; Verf. macht darauf aufmerksam, dass syphilitische Narben zwar ausserordentlich ähnlich sein können denjenigen Narben, welche nach einer Verbrennung, einem Trauma oder andern ulcerösen Processen auftreten, dass sie jedoch, wenn multipel, gewisse specifische Eigenthümlichkeiten in ihrer circulären oder serpiginösen Begrenzung, in ihrer Anordnung, ihrer Pigmentation und Localisation darbieten, so dass sie ebenso charakteristisch für Syphilis sein können, als wenn wir Veränderungen im activen Stadium beobachten. Lupus oder Hauttuberculose können ganz ähnliche Narben erzeugen, aber sie sind durch ihre Beschränkung auf gewisse Regionen und durch ihre sonstigen Charaktere zu unterscheiden; die Narben der Tuberculose sind unregelmässig, uneben, haben eine mehr livide Pigmentation. Die Narben varicöser Unterschenkelgeschwüre können zwar gleichfalls durch ihre Localität Syphilis vortäuschen, sind jedoch hauptsächlich auf das untere Drittel des Unterschenkels beschränkt, während die nach Syphilis meist die Mitte und den oberen Theil desselben einnehmen; ihre Pigmentation ist auch mehr diffus und bleibend, oft sogar über die Narbe hinweggehend, während die Pigmentation nach Syphilis meist auf die Narben beschränkt bleibt und sich allmälig auch wieder aufhellt. Die Narben nach Zoster können multipel und nach ihrer äusseren Form von denen des tuberösen Syphilids schwer zu unterscheiden sein, aber die Asymmetrie und ihre Localisation im Verlaufe gewisser Nerven bieten gewisse Differenzirungspunkte. Verf. gibt auf einem der Arbeit beigegebenen Bilde Beispiele typischer Narben, welche nicht bloss durch Aussehen, sondern auch durch Localisation und Vertheilung charakteristisch sind. Endlich weist er noch besonders auf die diagnostische Wichtigkeit solcher Narben bei der Diagnostik innerer Krankheiten hin.

III. Extragenitale Schanker: Verf. hat in den letzten 3 Jahren 20 Fälle von extragenitalen Schankern behandelt. In seiner Privatpraxis

kamen zu gleicher Zeit 10 Aerzte wegen Schanker der Hände oder Finger, die sie sich in der Ausübung ihres Berufes zugezogen hatten, in Behandlung. Er gibt zunächst eine Uebersicht über die Localisation. Besonders auffällig ist ein Schanker des harten Gaumens wegen der Seltenheit des befallenen Ortes. In diesem Falle befand sich das Geschwür links von der Mittellinie und machte den Eindruck eines ulcerirten Gummas; die Submaxillardrüsen der linken Seite waren ausserordentlich geschwollen und der Ausbruch eines maculo-papulösen Exanthems 6 Wochen nach dem Erscheinen des Geschwürs sicherte die Diagnose. Zu erwähnen ist ferner ein Schanker des Zahnfleisches, welcher rechts von der Mittellinie sich befand und den Raum zwischen dem lateralen Incisor, dem Caninus und dem Bicuspidatus einnahm. Er präsentirte sich als eine halbmondförmige Erosion des Zahnfleisches, das leicht geschwollen und geröthet war; das Epithel war vom Centrum aus erodirt. Der Schanker heilte nicht, bis Secundärerscheinungen sich zeigten und eine entsprechende Cur eingeleitet wurde. Ueber den Modus der Infection liess sich nichts eruiren. — Ein Schanker der Zunge, welcher bei einer 26jährigen Frau beobachtet wurde neben einem allgemeinen papulösen Exanthem, wurde auf die Gewohnheit der Patientin, Geldpapier mit der Zunge zu befeuchten, zurückgeführt. Einer der drei beobachteten Schanker war durch seine ausserordentliche Grösse bemerkenswerth. Der Fall ist dadurch noch besonders auffallend, dass das ausgedehnte Geschwür für Cancroid gehalten wurde und erst kurz vor der Operation nach Hinzuziehung eines Dermatologen richtig diagnosticirt wurde. Einer der beobachteten Schanker der Oberlippe zeichnete sich durch seine elephantiastische Ausdehnung aus. Die ganze Oberlippe war enorm geschwollen, ectropionirt und zeigte eine leicht blutende Oberfläche. Die entzündliche Induration war so ausgesprochen, dass die Lippe fast vollständig immobilisirt wurde. Aetiologisch für die Lippenschanker wurde entweder Kuss oder Contact mit Pfeifen etc. angeführt. In einem Falle von Schanker der Unterlippe bei einem Kinde war die Affection durch eine syphilitische Amme übertragen worden. Ein Schanker am Anus war die Folge eines präternaturalen Coitus, den Patient zugab. Ein Schanker an der linken Wange wurde auf einen Schlag zurückgeführt. Die Schanker an den Fingern und ein Schanker am Handrücken wurden ebenfalls auf Verletzungen zurückgeführt. Von den 10 Fällen, welche ihre Infection auf ihren Beruf zurückführten, gaben 7 ätiologisch Digitaluntersuchungen oder Manipulationen in der geburtshilflichen oder gynäkologischen Thätigkeit an, 3 eine Ansteckung im Verlaufe einer chirurgischen Operation, zwei Aerzte waren gleichzeitig inficirt bei der Vornahme einer Dammoperation, der Operateur durch einen Nietnagel am kleinen Nagel, der Assistent durch das Messer, welches er bei der Operation gebrauchte. Was die Prognose extragenitaler Schanker anbetrifft, so glaubt Verf. nicht, dass das syphilitische Virus durch die Eintrittsstelle besonders modificirt werde, sondern dass die Schwere der Infection auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Zum Schluss gibt Verf. noch einen Ueberblick über die Gefahren der Infection mit Syphilis im

gewerblichen Leben und führt dabei die von Fournier an anderer Stelle angegebenen Anschauungen an. Ledermann (Berlin).

Page. Syphilitic cranial necrosis treated by trephining. Clinical Society of London. Ref. The Brit. Med. Journ. 30. März 1895.

Page behandelte einen 41jährigen Mann, der an Syphilis früher erkrankt gewesen war, lange an Kopfschmerzen gelitten hatte und zuletzt von Krämpfen, die sich allmälig häuften, und Bewusstlosigkeit ergriffen wurde. Neuritis optica nicht vorhanden. Die Schädelhaut war weich, und die Symptome schienen eher auf weit ausgedehnten Druck auf das Gehirn als einen begrenzten Hirntumor hinzudeuten. Page trepanirte über der Fissura Rolands und fand gummöse Massen zwischen Knochen und Dura mater, von denen er möglichst viel entfernte. Da die Dura mater selbst gesund erschien, öffnete er sie nicht. Seitdem blieb Patient von Krämpfen frei, und die Schmerzen kehrten nicht zurück. 1890 hatte Verf. einen ähnlichen Fall, bei dem spontane Erleichterung des Druckes durch Erosion des Knochens eintrat, doch der Patient starb nach einiger Zeit an Pyaemie. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Parenteau. Kystes et gommes des paupières. Soc franc. d'ophthalmologie. Session du mai 1896. Ref. in La Semaine méd. 1896. Nr. 24.

Parenteau hebt in der Soc. franc. d'ophthalmologie die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Gummen und Cysten der Augenlider hervor, warnt vor frühzeitiger Abtragung der Tumoren wegen der entstellenden Narben und berichtet von 2 Fällen, in denen solche Gummata auf „gemischte Behandlung" (Hg und KJ.) heilten. Dem gegenüber betont Kalt in der Discussion, dass er Augenlidergummata gesehen habe, die auf specifische Behandlung wenig oder gar nicht reagirt hätten.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Poitout. Contribution à l'étude du chancre syphilitique des paupières. Thèse de la faculté de Paris, Nr. 480, ref. in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Nr. 76, 1896.

Mit der Sicherheit der Diagnose wachsen nach Poitout auch die Angaben über Schanker an den Augenlidern. Auch der Schanker des Augenlides ist indurirt, jedoch handelt es sich, entsprechend dem Bau des Augenlides, mehr um eine parenchymatöse Verdickung. Die Ulceration — eine einfache Erosion — hat mehr die Tendenz, sich über das Niveau der Umgebung zu erheben als in die Tiefe zu gehen. Interessant ist, dass bei Sitz des Schankers am inneren Augenwinkel mehr die submaxillaren, bei den am äusseren mehr die präauricularen Drüsen anzuschwellen pflegen. Entgegen der allgemeinen Ansicht („maligne Syphilis") gibt der Augenlidschanker keine schlechtere Prognose als der Schanker insgemein. Die Localbehandlung ist einfach antiseptisch mit Vermeidung aller Kaustika („Narbenbildung"). Spiegelhauer (Breslau).

Pousson. Ulcération syphilitique de la jambe chez un enfant. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Journal des mal. cut. et syph. 1896, p. 29.

Pousson demonstrirt eine dreizehnjährige Patientin mit einer circa 15 Cm. grossen Ulceration der linken Wade. Dieselbe war mit Borken bedeckt, hatte wallartige Ränder, war schmerzlos und ähnelte am meisten einem Epitheliom. Das Vorhandensein 2—3 kleinerer Ulcera in der Umgebung und einiger starker pigmentirter polymorpher Narben auf der rechten Wade veranlasste Vortragendem trotz fehlender Anamnese Lues zu diagnosticiren, eine Diagnose, welche durch den Erfolg der Therapie bestätigt wurde. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Rôhmer. Chancre de la paupière. Société de médicine de Nancy. Séance du 10 Juin 1896, ref. in Gazette hebdomadaire de med. et de chir. Nr. 63, 1896.

Rôhmer stellt einen Kranken vor mit einem harten Schanker des Augenlides, die Krankheit hatte mit einer Ulceration des unteren Thränenpunktes begonnen, die sich nach dem inneren Augenwinkel fortsetzte. Auf intravenöse Injectionen von Cyan Hg $^1/_{100}$ Heilung. Die Präauriculardrüsen waren nicht geschwollen, jedoch später mit Ausbruch der Roseola die Submaxillardrüsen. Charakteristisches Aussehen der Ulceration, jedoch keine Induration. Spiegelhauer (Breslau).

Rosenthal, O. Erytheme bei Syphilis. Festschrift für Lewin. 5. Nov. 1895. S. Karger-Berlin.

Unter dem Titel: „Erytheme bei Syphilis", bespricht Rosenthal zunächst einige Dermatosen, die — nicht syphilitischen Ursprungs — gelegentlich bei luetisch Inficirten beobachtet und mit luetischen Exanthemen verwechselt werden können. Von diesen Erkrankungen komme zuerst die Pityriasis rosea Gibert (bezw. der Herpes maculosus et squamosus) in Betracht; als differentialdiagnostisch gegen Lues maculopapulosa betont R. das peripherische Wachsen, die Kreisformen und die Schuppung der Efflorescenzen, welche auch in ihrer Localisation charakteristische Eigenthümlichkeiten zeigen. — Ferner hebt R. hervor, dass das Eczema seborrhoicum (Unna) häufig Mischformen mit luetischen Efflorescenzen, auf deren Vertheilung und Gattung es einen bestimmenden Einfluss ausüben könne, darstelle; besonders häufig sieht man solche Mischformen: in der Nasolabialfurche, an der Oberlippe und am Kinn. — In einem noch engeren Zusammenhange mit der Lues stehe das Erythema exsudativum multiforme und das Erythema nodosum, von denen das erstere häufig als Vorläufer der Allgemeineruptionen erscheine; diese im Verlaufe der Lues zur Beobachtung kommenden Erytheme will R. als symptomatische aufgefasst wissen, die mit der Hg-behandlung in keinem ätiologischen Zusammenhange stehen. — Schliesslich weist R. auf eine Spätform der recidivirenden Roseola hin, die als Roseola annularis orbicularis oder circinata beschrieben ist, welche monatelang bestehen könne; gegen dieselbe empfiehlt R. eine energische antiluetische Cur. Die Franzosen bezeichnen diese Form als: Roséole de retour, Roséole tertiaire, Erythème circine tertiaire oder Syphilide erythémateuse circinée, während Unna diese Erscheinungen als Neurosyphilide zusammenfasst, gegen welch letztere Auffassung und Bezeichnung Rosenthal polemisirt.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Dr. B. Honsell, Assistenzarzt am pathol. Institute in Tübingen und **Dr. E. Ziemke**, vorm. Assistenzarzt am pathol. Institute in Tübingen. **Namen- und Sachregister** zu Baumgarten's Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen.

Angezeigt von Dr. J. Fabry in Dortmund.

Honsell und Ziemke haben sich der Mühe unterzogen, in einem stattlichen Bande die gesammte Literatur der zehn ersten Jahrgänge von Baumgarten's Jahresberichten zusammenzustellen. Von jedem, der wissenschaftlich arbeitet, wird das gewiss freudig begrüsst werden und besonders von jedem, der nicht Gelegenheit hatte, auf die Berichte seit der Zeit ihres ersten Erscheinens zu abonniren. Wir finden ja bereits in jedem Bande respective Jahrgang von Baumgarten's Berichten ein vollständiges Namen- und Sachregister.

Prof. Pospeloff. Kurzes Lehrbuch der Hautkrankheiten. Russ. Dritte verbesserte und erweiterte Auflage. 212 S. in 8° (mit 14 Abbildungen). Moskau 1897.

Angezeigt von Dr. L. A. Gowsejeff in Moskau.

Das vorliegende in russischer Sprache abgefasste Lehrbuch, das Werk eines erfahrenen Klinikers, kann nicht allein für Studenten als ein ausgezeichnetes Vademecum beim Studium der Hautkrankheiten dienen, es bietet auch ein bedeutendes Interesse für praktische Aerzte. Alle Hautkrankheiten, selbst solche, die in ausführliche Handbücher nicht Eingang gefunden haben, werden darin sorgfältig gesammelt und tadellos beschrieben. Ausserdem zeichnet sich die Darlegung durch eine strenge Proportionalität der einzelnen Theile aus, was bei der Verfassung eines kurzen Lehrbuches von grosser Schwierigkeit ist.

Der Verf. gibt bei der Beschreibung jeder klinischen Form eine kurze Darstellung der pathologischen Anatomie, der Aetio-

logie (nach den modernen Anschauungen) und des Krankheitsverlaufes. Die Feststellung des inneren Zusammenhanges zwischen der Dermatologie und der allgemeinen Medicin bildet, nach unserer Meinung, den Hauptwerth dieses Buches.

Die Aerzte dürfte dieses Lehrbuch insofern besonders interessiren, als es werthvolle Anweisungen für die Therapie enthält, die auf einer langjährigen und erfolgreichen praktischen Thätigkeit des Verfassers beruhen.

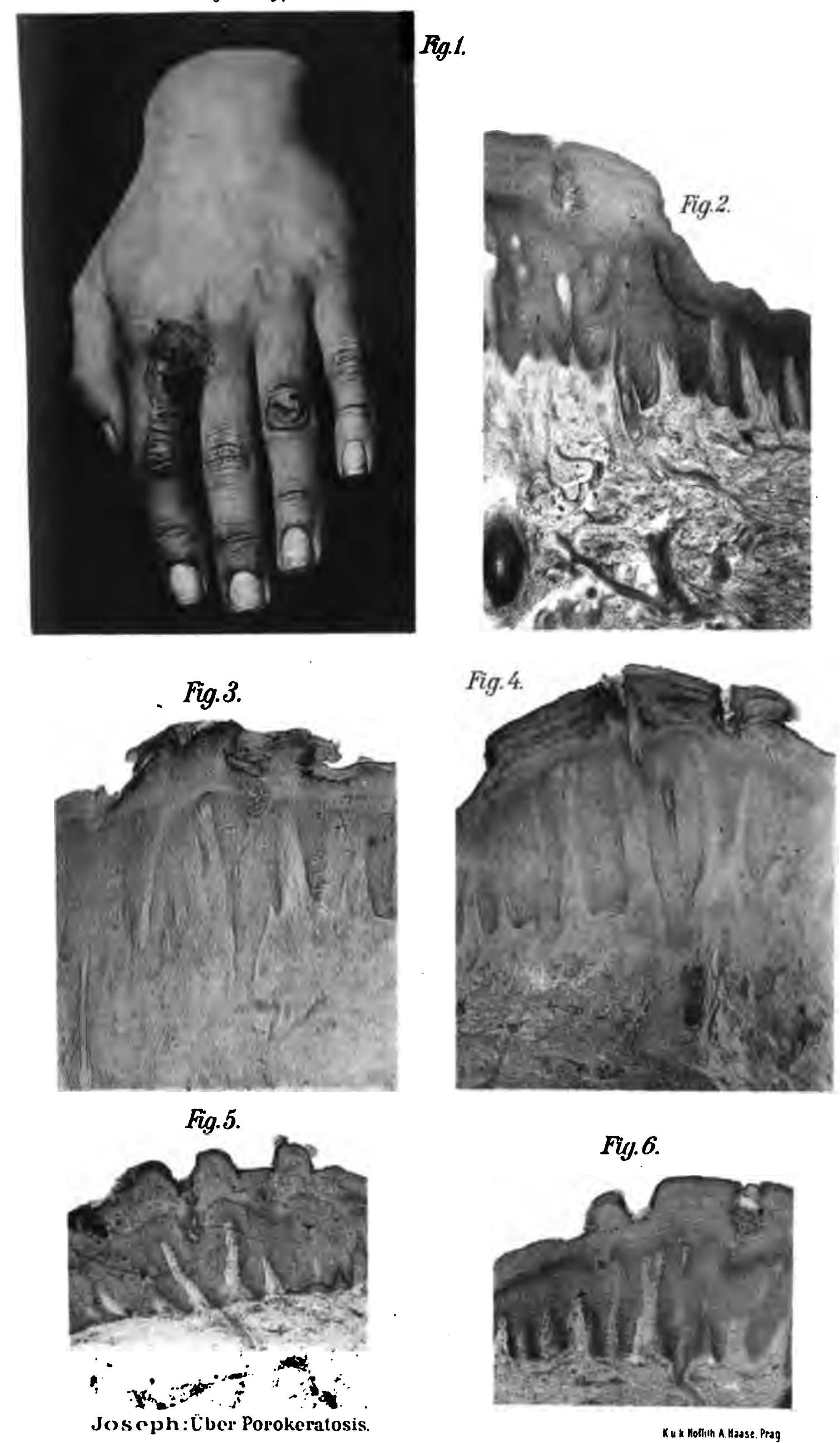
Lanz, Dr. Alfred. **Klinische und experimentelle Beiträge** zur Pathogenese der mercuriellen Stomatitis und Salivation. Berlin. Verlag von Oscar Coblentz. 1897.

Besprochen von Prof. Caspary in Königsberg.

Wenngleich das Quecksilber heute von allen Seiten als das souveraine Mittel gegen Syphilis anerkannt ist, so scheint es doch fast, als sei der Streit über die zweckmässigste Art seiner Verwendung und der Vermeidung von Schädlichkeiten dabei heftiger als je. Wie diese Frage 1890 in Berlin und 1895 in Graz auf dem Programme von Congressen stand, so soll nun auch auf dem internationalen medicinischen Congresse zu Moskau die der Venereologie gewidmete Zeit von ihr beherrscht werden. Zu sehr gelegener Zeit erscheint das Buch unseres Moskauer Collegen Lanz, das die häufigste Gefährdung des Organismus durch die mercurielle Behandlung einem eingehenden Studium unterworfen hat. Gleich der historisch-literarische Theil, mit dem der Autor beginnt, wird viele Leser überraschen. Von frühester Zeit her, seit der ersten Erkenntniss der Luessymptome und der Heilkraft des Quecksilbers bekannt und gefürchtet und studirt, findet die mercurielle Stomatitis und Salivation noch heute die verschiedensten Erklärungen. Während Bockhart und Nothnagel — und wohl Viele mit ihnen — in der Ausscheidung von freilich minimalen Mengen Quecksilbers im Speichel die eigentliche Ursache sehen, weisen Andere diese Erklärung zurück, da selbst bei erheblicher Stomatitis, Quecksilber niemals (Wolff) oder doch nicht immer (Hallopeau) im Speichel nachweisbar sei. — Während das Vorkommen einer Stomatitis ohne Salivation wohl allgemein zugegeben wird, gibt es nach Kussmaul und Fournier keine mercurielle Salivation ohne gleichzeitige Stomatitis; nach Kaposi und Mau-

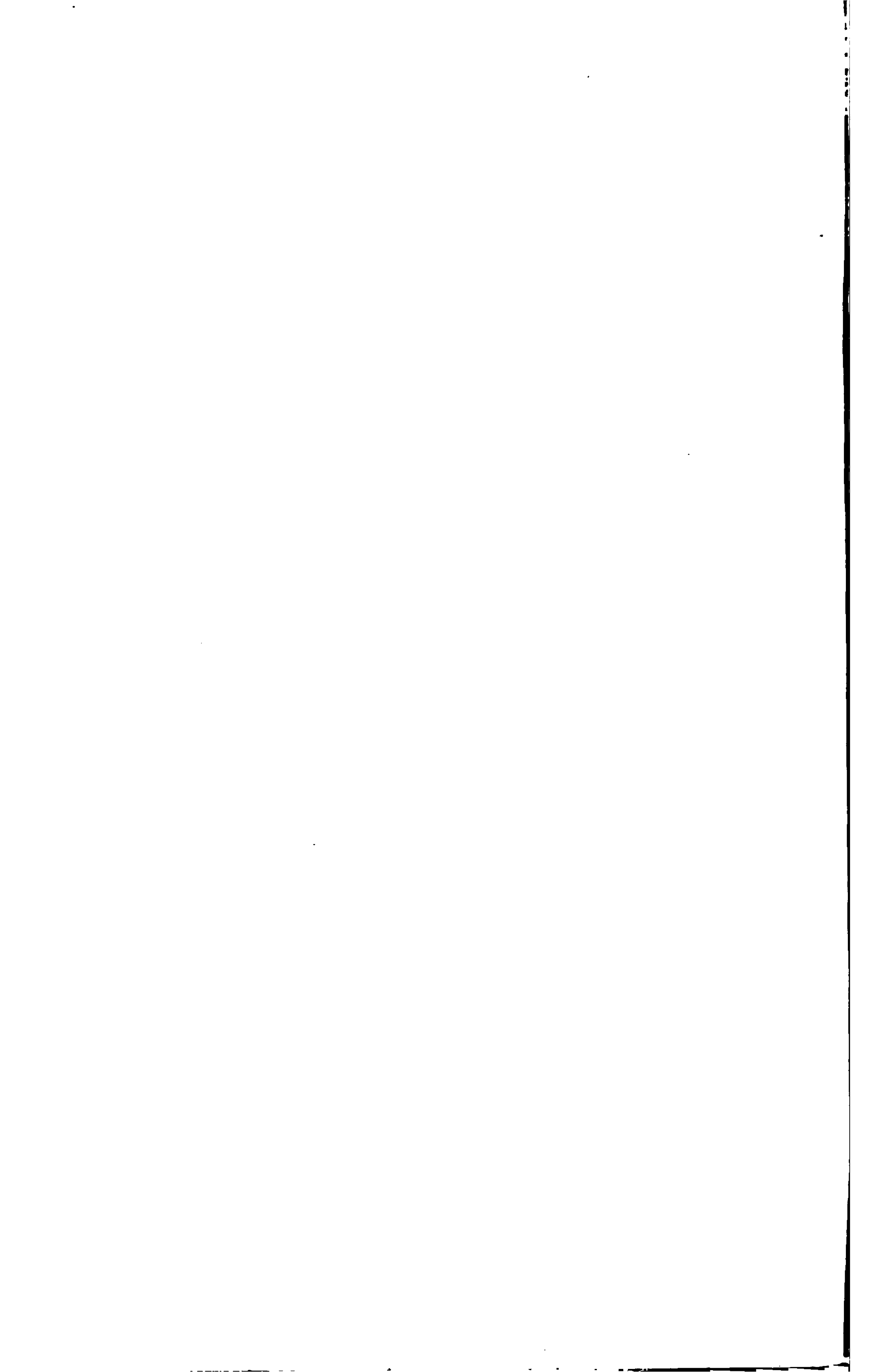
riac immerhin, wenn auch selten, Fälle von Salivation ohne Entzündung der Mundschleimhaut. Ueber den Einfluss von Zahncaries, von Zahnsteinsauflagerung, über die Anfangsstelle der Erkrankung, über die Art der Ausbreitung, kurz fast über jedes einzelne Symptom gehen die Ansichten der vielen Autoren, die dieses Capitel behandelt haben, weit auseinander. Lanz hat nach vielen klinischen und experimentellen Erfahrungen das Bild zu klären gesucht. Von den vielen Thesen, die er nach Beobachtungen am Menschen und den damit übereinstimmenden Resultaten an operirten Hunden und Katzen aufgestellt hat, führen wir nur einige an: Die Mercurialgeschwüre der Mundhöhle sind das Resultat einer Nekrose der Schleimhaut, welche zu Stande kommt 1. durch die in Folge der Quecksilberwirkung sich entwickelnde Nutritionsstörung der Gewebe und 2. durch den auf gewisse Schleimhautbezirke ausgeübten Druck seitens der Zähne. Der Speichel und das in demselben enthaltene Quecksilber sind von keiner wesentlichen Bedeutung für das Entstehen der Mercurialstomatitis. Unter den localen Momenten nimmt das Ausschalten der Zähne beim Kauakt die hervorragendste Stelle ein, indem die Stomatitis sich stets auf der beim Kauakt unthätigen Mundhälfte entwickelt; die Wirkung dieses Moments ist gleichzeitig auch eine indirecte, denn es führt zu Zahnsteinablagerung und zu Gingivitis marginalis. Das Vorhandensein cariöser Zähne übt meist nur einen indirekten Einfluss auf die Entstehung der Stomatitis aus, indem sie den Kranken zum einseitigen Kauen veranlassen.

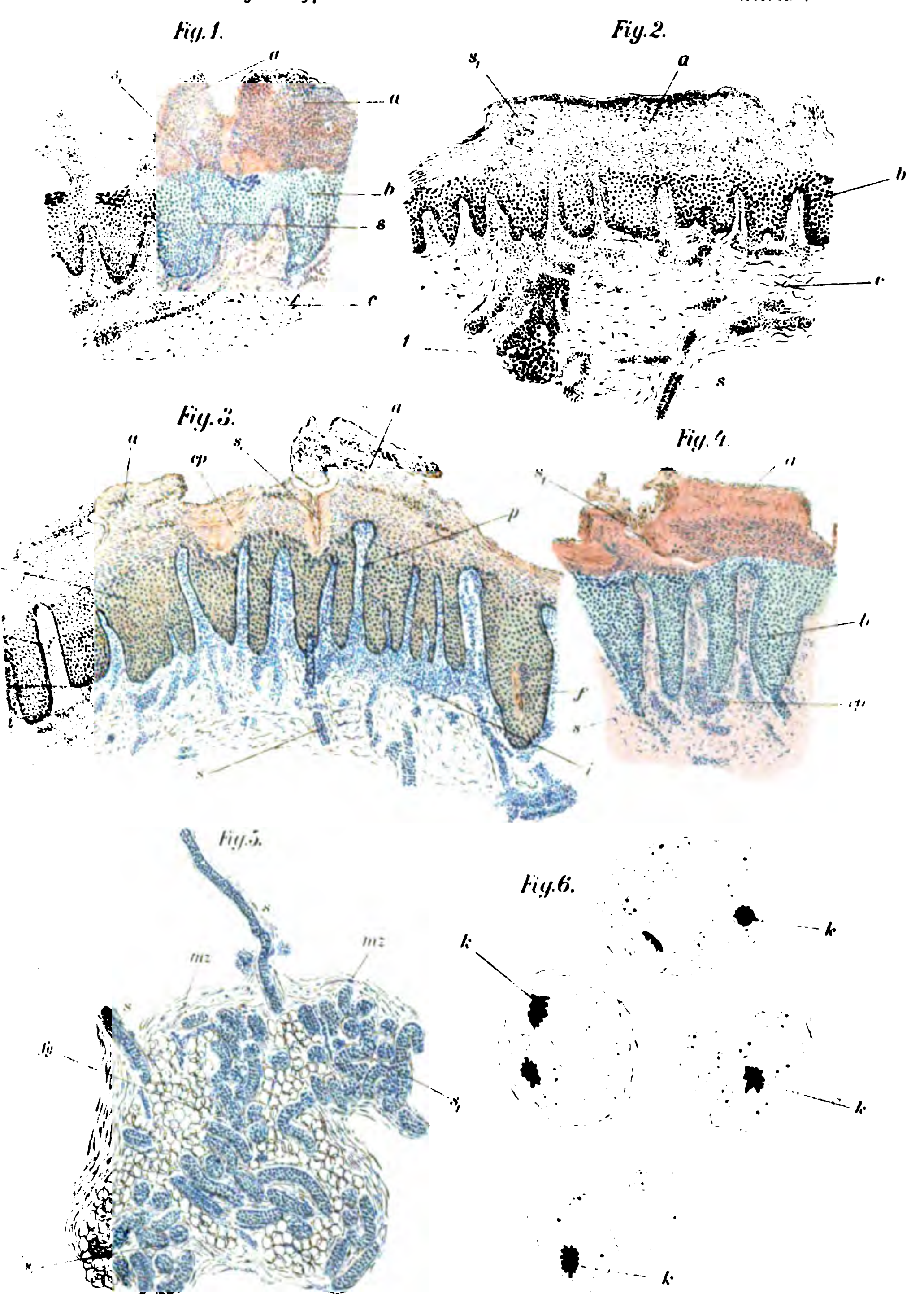
Diese und manche andere der Thesen, die man im Originale lesen wird, werden nicht sofort volle allseitige Zustimmung finden und auch Ref. ist in mehreren Punkten abweichender Ansicht. Aber die Begründung durch den Verfasser ist so sorgsam, sein Beobachtungsmaterial so reichlich und so gut benutzt, dass es sicher zu weiterem Studium der wichtigen Frage anregen wird. Wir dürfen annehmen, dass auf dem Moskauer Congresse sich eine lebhafte und ergebnissreiche Discussion über die Hauptkapitel der vortrefflichen Arbeit entwickeln wird.



Joseph: Über Porokeratosis.

K. u. k. Hoflith. A. Haase, Prag





Joseph: Über Porokeratosis.

K.u.k. Hoflith. A. Haase Prag.



